

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KORONER ARTER BYPASS GREFT
AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
TABURCULUK SONRASI ÖĞRENİM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GÜLSEN DEMİRKIRAN
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Özge UZUN**

MALATYA- 2011

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KORONER ARTER BYPASS GREFT
AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
TABURCULUK SONRASI ÖĞRENİM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

GÜLSEN DEMİRKIRAN

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Özge UZUN

MALATYA-2011

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı, Danışman

Doç. Dr. Özge UZUN

İmza


Üye

Prof. Dr. Behice ERCİ



Üye

Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2011 tarih ve 2011/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ali OTLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, beni titiz, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima cesaretlendiren ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Özge UZUN'a,

Katkılarından dolayı İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp-Damar Cerrahi Kliniği ekibine,

Anket formlarını doldurarak çalışmama en büyük katkıyı sağlayan hastalara,

Çalışma süresince manevi desteğini ve yardımlarını esirgemeyen sevgili dostum Ayça ÇOLAKDALCI'ya,

Her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen canım ablam ve aileme içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Gülşen DEMİRKİRAN

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, ilk kez koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini ve bu öğrenim gereksinimlerinin hastaların tanıtıcı özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir.

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel türdendir. Araştırma, 1 Mart – 31 Ağustos 2009 tarihleri arasında, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde yürütüldü. Araştırmanın örneklemi, ilk kez KABG ameliyatı geçiren 80 hastadan oluştu. Veriler Hasta Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin istatistik analizlerinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu evli (%88.8), erkek (% 80.0) ve 45-64 yaş grubunda (%72.5) idi. Hastaların öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması 183.48 ± 23.36 , önemlilik düzeyinin 3.66 olarak çok önemli olduğu bulundu. Hastalar için en önemli öğrenim gereksinimi ölçeğin yaşam aktiviteleri alt boyutu (ortalama puan 37.60 ± 4.93 , önemlilik düzeyi=4.93), en az önemli öğrenim gereksinimi ise duruma ilişkin duygular alt boyutuna ilişkindi (12.66 ± 4.04 , önemlilik düzeyi=2.53). Kadın hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları (195.68 ± 20.69) erkek hastalardan (180.43 ± 23.13), ev hanımlarının (196.46 ± 21.17) diğer meslek gruplarında olan hastalardan, taburculuk eğitimi almayan hastaların öğrenim gereksinimleri (189.08 ± 21.47) eğitim alan hastalardan (175.51 ± 23.93) ve hekimden taburculuk eğitimi alan hastaların (182.68 ± 23.46) hem hekim hem de hemşireden taburculuk eğitimi alan hastalardan (159.25 ± 17.93) daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (sırası ile $p < 0.05$, $p < 0.001$, $p < 0.05$, $p < 0.05$).

Bu çalışmanın sonuçları, KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerinin önemli düzeyde olduğunu, taburculuk öncesi bilgilendirmenin öğrenim gereksinimlerini azalttığını, ancak hemşirelerin taburculuk eğitiminde aktif rol almadıklarını gösterdi. Hastaların bireysel özelliklerine ve öğrenim gereksinimlerine uygun planlı taburculuk eğitiminin yapılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı, Taburculuk, Öğrenim Gereksinimleri, Hastalar, Hemşirelik

ABSTRACT

Determination of Post-Discharge Learning Needs of Patients Undergone Coronary Artery Bypass Grafting Surgery

Aim of this study was to determine post discharge learning needs of patients who had undergone coronary artery bypass grafting surgery (CABG) for the first time, and whether these needs change according to the patients' identifier characteristics.

This was a cross-sectional and descriptive study. The study was conducted on patients in Cardio Vascular Surgery Clinic of İnönü University Turgut Özal Medical Center between dates March 1, -August 31, 2010. The sample consisted of 80 patients who had undergone CABG for the first time. Data were collected using by Patient Information Form and the Patient Learning Needs Scale (PLNS).

The most of the patients was married (88,8%), male (80,0%), and in 45-64 age group (72.5%). The mean total score learning needs of patients was 183.48 ± 23.36 , with an importance level of 3.66 were found to be very important level. Tthe most important learning need of patients was the life activities (37.60 ± 4.93 , importance level 4.93) and the least important learning need was the emotions related to the situations (12.66 ± 4.04 , importance level 2.53). It was found that total scale mean scores of the learning needs female patients (195.68 ± 20.69) were the higher than in men (180.43 ± 23.13), more in housewives (196.46 ± 21.17) than other job groups, and those who didn't received discharging education (189.08 ± 21.47) the higher than those who received discharging education (175.51 ± 23.93), and patients who had received the discharging education from the doctor ($182.68 \pm 23,46$) the higher than those who received from both the physician and nurse (159.25 ± 17.93), and differences between mean scores were statistically significant ($p < 0.05$, $p < 0.001$, $p < 0.05$, $p < 0.05$, respectively).

Results of this study showed that the learning needs of patients who had undergone CABG surgery was importance level, discharge education decreased the learning needs, and but the nurses didn't take active role for discharging education of patients. It is suggested that the planed discharge education should be made according to individual characteristics and learning needs of the patients.

Key Words: Coronary Artery Bypass Graft operation, Discharging, Learning Needs, Patients, Nursing.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Koroner Arter Hastalıkları.....	3
2.1.1. Koroner Arter Hastalıklarının Tanımı ve Görülme Sıklığı	3
2.1.2. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri	4
2.1.3. Koroner Arter Hastalıklarında Korunma.....	5
2.1.4. Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri	5
2.2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı.....	6
2.2.1. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatının Tarihçesi	6
2.2.2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Endikasyonları ve Kontrendikasyonları.....	7
2.2.3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatında Kullanılan Yöntemler	7
2.2.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatında Kullanılan Greftler	9
2.2.5. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatından Sonra Görülen Komplikasyonlar..	9
2.2.6. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastanın Hemşirelik Bakımı.....	10
2.2.6.1. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı	11
2.2.6.2. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı	13
2.2.6.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	14

2.2.7. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Olan Hastanın Taburculuk Sonrası Eğitimi	15
2.3. Hasta Eğitimi	18
2.3.1. Hasta Eğitiminde Temel Kavramlar (Eğitim, Sağlık Eğitimi, Öğrenme, Öğretim, Öğretme).....	18
2.3.2. Öğrenme Kuramları	20
2.3.2.1. Davranışçı Yaklaşım Kuramları.....	20
2.3.2.2. Bilişsel Gelişim Kuramı.....	21
2.3.3. Hasta Eğitiminin Temel Amaçları	22
2.3.4. Hasta Eğitimi Standartları	23
2.3.5. Hasta Eğitim Süreci.....	24
2.3.5.1. Hasta Eğitiminde Veri Toplama.....	25
2.3.5.2. Hasta Eğitiminde Tanılama	25
2.3.5.3. Hasta Eğitiminde Planlama.....	26
2.3.5.4. Hasta Eğitiminde Uygulama	26
2.3.5.5. Hasta Eğitiminde Değerlendirme	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Şekli	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3. Evren ve Örneklem	28
3.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Özellikleri	28
3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.6. Verilerin Toplanması.....	30
3.7. İstatistiksel Analizler.....	30
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	49

6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR.....	58
EKLER.....	73
Ek-1-Hasta Bilgi Formu	73
Ek-2-Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği.....	75
Ek-3- İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı	77
Ek-4-Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp Damar Cerrahi Anabilim Dalı izni.....	78
Ek- 5-Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Türkçe formunu kullanma izni.....	79
ÖZGEÇMİŞ.....	80

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKK	: Aortik Kross Klemp
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
EKD	: Ekstrakorporeal Dolaşım
HÖGÖ	: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
IMA	: Internal Mammarian Arter
JCAHO	: Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
NCEP	: National Cholesterol Education Program (Ulusal Kolesterol Eğitim Programı)
PTCA	: Perkütan Translüminal Koroner Anjioplasti
STFM	: Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
vb	: ve benzeri

ŞEKİLLER VE GRAFİKLER**Sayfa No**

Grafik 4.1. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyutlarının Önemlilik Düzeyleri.....	36
---	----

TABLOLAR

	Sayfa No
Tablo 2.1. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Yöntemleri.....	4
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	32
Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Hasta ve Evde Bakım Verenlerin Taburculuk Eğitimine İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.4. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Öğrenim Gereksinimi Önem Düzeyleri	35
Tablo 4.5. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 4.6. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.7. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.8. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.9. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Mesleklere Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 4.10. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.11. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Gelir Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 4.12. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Aile Yapısına Göre Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.13. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ile Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 4.14. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ek Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.15. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.16. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Bakım Veren Kişilere Göre Karşılaştırılması	45

Tablo 4.17. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Taburculuk Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 4.18. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Taburculuk Eğitimi Aldıkları Kişiyeye Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 4.19. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Bakım Veren Taburculuk Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	48

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde sıklığı giderek artan koroner arter hastalıklarında medikal tedavinin yanı sıra yaygın kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de Koroner Arter Bypass Greft (KABG) uygulamasıdır (1). KABG uygulaması, giderek yaygınlaşan ve kabul gören bir tedavi şekli olup, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yıllık uygulama sayısının 600.000 civarında olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de ise KABG ameliyatı olan hasta sayısının yıllık yaklaşık 20.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir (2).

Büyük ve riskli cerrahi girişimlerden biri olarak kabul edilen KABG ameliyatı, hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkilemektedir. KABG ameliyatı sonrasında hastalarda, göğüs ya da bacadaki insizyon bölgesinde ağrı, kilo kaybı, solunum sıkıntısı, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştahsızlık, konstipasyon, banyo yapmada güçlük ve vücut hareketlerinde kısıtlılık gibi fiziksel sorunların yanı sıra mutsuzluk, stresle başa çıkmada güçlükler, sıklıkla anksiyete, hatta depresyon, aile içinde rol karmaşıklığı, fiziksel aktivitelerde azalma, iş yaşamında değişiklikler, sosyal ilişkilerde ve cinsel yaşamda değişiklik gibi psikososyal sorunlar görülmektedir (3-7).

Yapılan çalışmalarda, cerrahi hastaların taburcu olurken en çok; insizyon/yara bakımı, ağrı kontrolü, günlük yaşam aktiviteleri, ilaç kullanımı, gelişebilecek komplikasyonlar ve boşaltım konularında bilgiye gereksinim duydukları belirlenmiştir (8-10). Hatipoğlu'nun (1995) (11)yaptığı çalışmada, KABG ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası izlemlerine daha fazla önem verilmesini, kontrol muayenelerinde kendilerinin bir bütün olarak ele alınmalarını ve rehabilitasyon hemşireliğine gerekli önemin verilmesini istedikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Bu ve benzer araştırma sonuçları hastaların, hastalık nedenleri, yaşamlarına etkileri, hastaneden çıktıktan sonraki yaşamın düzenlenmesi konusunda bilgi sahibi olmak istediklerini açıkça ortaya çıkarmaktadır (3).

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hasta bakımının en önemli hedefleri komplikasyonları önlemek ve uygun ve yeterli bilgilendirme yaparak hastayı taburculuğa hazırlamaktır. Hemşire, cerrahi girişim geçiren hasta ve hasta ailesinin taburculuğa hazırlanması ve mevcut durumu kabullenmelerine yardımcı olmada

önemli bir role sahiptir (10). Hemşirenin taburculuk planlaması kapsamında, hastalara taburculuk sonrası evde öz bakım gücünü yükseltmeye, yeni duruma uyum sağlamaya ve olası komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilecek bilgiyi vermesi gerekmektedir (12-14). Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi verilen hastaların; iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz bakım yeteneklerine paralel olarak özgüvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetlerinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (3,15).

Taburculuk eğitiminin amacına ulaşmasını sağlayan en önemli etmenlerden biri eğitimin planlı ve hasta gereksinimlerine uygun olarak yapılmasıdır. Hasta öğrenim gereksinimlerine uygun yapılan eğitim hasta için daha yararlı olacaktır (16). Genel olarak, hemşirelerin planlı taburculuk eğitiminde aktif rol almadıkları ve hastaların bilgi gereksinimlerinin istendik düzeyde karşılanmadığı gözlenmektedir. Yapılan literatür incelemesinde, ülkemizde KABG uygulanmış hastaların HÖGÖ kullanılarak taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, KABG uygulanmış hastalara en çok gereksinim duydukları alanlarda taburculuk eğitiminin verilebilmesi için, bu öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması yararlı olacaktır. Bu araştırma ile KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculukta en çok gereksinim duydukları eğitim konuları belirlenerek, hemşirelerin hastalara verecekleri taburculuk eğitiminin planlanması ve sistemli bir şekilde uygulanmasına katkı sağlaması hedeflenmiştir.

Bu araştırmanın amaçları; ilk kez KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini belirlemek; öğrenim gereksinimlerinin hastaların tanıtıcı özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek; ve hastaların taburculuk sonrası için gereksinim duyulan öğrenim alanlarına yönelik uygun önerilerde bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalıkları

2.1.1. Koroner Arter Hastalıklarının Tanımı ve Görülme Sıklığı

Koroner kalp hastalıkları (KKH) olarak da isimlendirilen, koroner arter hastalıkları (KAH) kalbin kendini besleyen koroner arterlerin, beslediği bölgelere herhangi bir nedenle, yeterli kanı taşıyamaması sonucu miyokardda oluşan iskemi ve koroner arterlerde ateroskleroza bağlı olarak gelişen hastalıklar ile bu hastalıkların komplikasyonları sonucu ortaya çıkan hastalıkların tümünü kapsamaktadır (1,17-19).

KAH, gelişmiş ülkelerde erişkin ölümlerinin başta gelen nedenleri arasında gösterilmekte ve gelişmekte olan ülkelerde de giderek artacağı ve yaşadığımız yüzyılın ilk çeyreğinde tüm dünyada ölümlerin ilk nedeni olacağı ileri sürülmektedir. Son yıllara ait istatistikler, dünyada 40 yaş ve sonrası ölüm nedenlerinin başında KAH'nin yer aldığını göstermektedir. Avrupa ülkelerinde, her yıl 4 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölmekte ve KAH 45 yaş üzerindeki erkeklerde ve 65 yaş üzerindeki kadınlarda birinci sıradaki ölüm nedeni olarak yer almaktadır (20-23).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen TEKHARF çalışmasının 10 yıllık izlem verilerine göre, Türkiye'de yaklaşık 2 milyon koroner kalp hastasının bulunduğu ve yılda 160 bin kişinin koroner kalp hastalığından öldüğü tahmin edilmektedir. Koroner kalp hastalığının ülkemizde yıllık mortalitesi erkeklerde binde 5.1, kadınlarda ise binde 3.3'tür. Ülkemizde, 2010 yılında halen 2 milyon civarında olan koroner kalp hastası sayısının ileride 1.4 milyon artarak 3.4 milyon kişi olabileceği ön görülmektedir (20,22-24). KAH tüm ölümlerin % 33-50'nin kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin ise % 50-75'inin nedenidir. Bu rakamlar, KAH'nin bireylerin ve toplumların sağlığı için önemini, çok sık görülen hastalık gurubu olduğunu ve ölümlerin en başta gelen nedeni olduğunu yansıtmaktadır (18,25).

2.1.2 Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri

KAH'ye bağlı ani ölümler sık olmasına karşın, KKH'nin en önemli nedeni olan ateroskleroz uzun süreli bir oluşumdur. Ateroskleroz sıklıkla çeşitli faktörlerin etkisiyle uzun yıllar sonucunda oluşmakta ve etkileri ortaya çıkmaktadır. KKH'nin oluşumunda %99 etiyolojik neden aterosklerozis olduğu için aterosklerozisin risk faktörleri aynı zamanda KKH'nin de risk faktörü olarak kabul edilmektedir (1,26).

Günümüzde ateroskleroz oluşumunu başlatan veya hızlandıran birçok risk faktörü ortaya konulmuştur. Bu risk faktörleri genel olarak genetik, yaş, kişilik yapısı, beslenme, sigara kullanımı, metabolik bazı hastalıklar ve yaşam tarzı ile yakından ilişkilidir. Batı tipi beslenmenin yaygınlaşması ve modern yaşamın getirdiği hareketsizlik ile toplumumuzda obezite önemli bir sorun haline gelmiştir. Her iki erkekten biri ve her beş kadından biri sigara içmektedir. Ülkemizde 16 milyon hipertansif birey bulunması ateroskleroz oluşumu açısından yadsınmayacak bir risk grubu oluşturmaktadır. Kolesterol yüksekliğinin yanında yüksek yoğunluklu lipoprotein (High Density Lipoprotein-HDL) düşüklüğü ve trigliserid yüksekliğinin de toplumumuzda risk oluşturduğu düşünülmektedir (5,27,28). Bu risk faktörlerinin bazıları değiştirilebilir olmasına karşın bazıları değiştirilemez faktörlerdir. KAH için risk faktörleri Tablo 2.1' de gösterildi.

Tablo 2.1. Korner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri (5,12,23,24)

Değiştirilemeyen Faktörler	Değiştirilebilen Faktörler
1) Yaş Erkeklerde ≥ 45 , Kadınlarda ≥ 55	1) Serum kolesterollerinde yükselme
2) Cinsiyet: Erkek cinsiyet	2) Hipertansiyon
3) Aile Öyküsü Birinci derecede erkek akrabalarda 55 yaşından, birinci derecede kadın akrabalarda 65 yaşından önce infarktüs (veya ani ölüm) bulunması	3) Diyabet
4) Özgeçmişte KAH veya başka bir aterosklerotik damar hastalığının varlığı	4) Obezite
5) A tipi denilen stresli kişilik	5) Yaşam Biçimi - Doymuş yağ, kolesterol ve kalorili diyet ile beslenme alışkanlığı - Tütün içmek/ sigara dumanına maruz kalmak - Aşırı alkol kullanmak - Fiziksel aktivite yapmamak -Oral kontraseptif kullanımı

2.1.3. Koroner Arter Hastalıklarında Korunma

KAH için risk faktörlerinin tespit edilmesi ve uygun tedavilerin önerilmesi için ABD’de 1988 ve 1993’te Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (National Cholesterol Education Program; NCEP) toplanarak yetişkinlerde tedavi panellerini yayınlamıştır. Avrupa Ateroskleroz Derneği ile Avrupa Hipertansiyon Derneği tarafından da ortak bir risk faktörleri rehberi hazırlanmıştır. Avrupa Kardiyoloji Derneği de bu rehberi benimseyerek her ülkede uygulanmasını önermiştir. TKD de bu raporlara paralel olarak “Koroner Kalp Hastalıklarından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Rehber”i yayınlamıştır. Çoğu kişide birden fazla risk faktörü olduğundan, genelde amaçlanan, kişinin global riskini hesaplayıp buna yönelik girişimde bulunmaktır (29). KAH’den korunmada toplum eğitilerek hastalıklarla ilgili farkındalık artırılmalı ve aşağıda belirtilen temel öneriler yerine getirilmelidir.

- Değiştirilebilen risk faktörleri düzeltilmelidir.
- Yüksek kolesterol diyet veya ilaç tedavisi ile hedef değerlere çekilmelidir. Obezler ideal kilolarına düşürülmeli, sigara terk edilmeli, sedanter yaşam şekli değiştirilmelidir.
- Kan basıncı hedef değerlere indirilmelidir. Tuz kısıtlaması uygulanmalıdır. Alkol alımı kısıtlanmalıdır. Fiziksel aktivite arttırılmalıdır. Kan şekeri normal sınırlar arasında tutulmalıdır (29,30).

2.1.4. Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri

KAH tedavisi tıbbi ya da girişimsel yöntemlerle yapılmaktadır.

Tıbbi Tedavi: Antiagregan- antitrombotik tedavi uygulanır.

Girişimsel Tedaviler:

- **Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi:** KABG cerrahisi, koroner ateroskleroz nedeniyle kanlanamayan miyokardın arter ve ven greftler kullanılarak, kanlanmasının dolayısıyla beslenmesi ve oksijenlenmesinin sağlanmasıdır (31,32).
- **Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty; PTCA):** Ciltten girilip damar yolu ile ilerlenerek

koroner arterdeki darlıkların giderilmesi için geliştirilmiş invaziv bir işlemdir (33).

- **KAH'de yeni tedavi yöntemleri:** Lazer anjioplasti tedavisi (excimer lazer kullanılarak koroner arterlerden lazerle plak ablasyonu/giderilmesi); atarektomi (aterosklerotik plak materyalinin kısmen dışarı alınması, plak seviyesinde damarın genişletilmesi); stent uygulaması (koroner arterlere metal-ağ şeklinde tüp yerleştirme) (34) ve doğal bypasstır (vücudun alt ekstremitelerine, derin masaj etkisi sağlayan sıkıştırma ve gevşetmelerin her kalp atımında uygulaması ile kalbin çalışmasına ve kan dolaşımına destek sağlayan bir tedavidir (35).

2.2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı

KABG uygulamasında, açık kalp ameliyatı tekniği kullanılarak, tıkalı olan bir ya da daha fazla koroner artere safen ven, radial arter ya da internal mamariyan arter ile bypass yapılır ve miyokardın revaskülarizasyonu sağlanır (5,36).

2.2.1. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatının Tarihçesi

Koroner bypass cerrahisi deneysel amaçlı olarak ilk kez köpeklerde 1910 yılında Alexis Carrel tarafından gerçekleştirilmiştir. Cerrahi işlem olarak, inen aort ile sol koroner arter arasında bir indirekt anastomoz girişiminde bulunmuş ancak hareketli kalpte anastomozun çok kısa sürede bitirilmesi gerektiğinden teknik olarak çok zor olduğu bildirilmiştir. Claude Beck 1932 yılında hayvan kalplerinin indirekt revaskülarizasyonu fikrini ortaya atmıştır. İskemik myokarda kollateral damar sağlanması için perikard, perikardiyal yağ dokusu, pektoral adale, omentum gibi dokular kullanmış ve daha sonra bu yöntemi insanlar üzerinde uygulamıştır (37,38).

Arthur Vineberg ise 1946'da internal mamarian arteri (İMA) miyokard içindeki bir tünele gömme tekniğini geliştirmiştir. Sabiston ve Garrett safen veni kullanarak koroner bypass cerrahisini 1960'lı yılların başında vaka takdimleri olarak yayınlamıştır. İMA'nın greft olarak kullanımı, safen venden daha önce gerçekleşmiştir. Kolesov 1961'de İMA kullanarak koroner bypass ameliyatını gerçekleştirmiştir. Johnson'ın 1964'de safen ven ile yaptığı cerrahi girişim ilk başarılı koroner bypass sayılmaktadır. Kalesov angina pektorisin tedavisinde İMA ve koroner arter anastomozlarını 1967'de bildirmiştir. Bailey ve Hirose cerrahi işlemi

alışan kalpte tamamlarken Green kardiyopulmoner bypass yöntemiyle kalbin durdurulduktan sonra yapılmasını savunmuştur. Günümüzdeki koroner arter cerrahisinin başlangıcı 1969’da Dudley Johnson’ın bildirdiği seri ile olmuştur (31,39-42).

Ülkemizdeki ilk KABG 1974 yılında Aytaç tarafından, safen ven kullanılarak bir kadın hastaya başarıyla uygulanmıştır. Türkiye bugün KABG uygulamasında batı standartlarında, çok başarılı sonuçlar alınan mkemmek bir duruma gelmiş bulunmaktadır (43).

2.2.2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Endikasyonları

- Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen koroner arter hastalığı,
- Miyokard iskemisi,
- PTCA uygulamasının başarılı olmadığı durumlarda, KABG cerrahisi uygulanır (5,44-46).

Kontrendikasyonları

- Belirgin debilite ve sınırlı aktivitesi olan hastalar,
- Anjina ve iskemisi olmayanlar,
- Zayıf sol ventrikül fonksiyonu, ejeksiyon fraksiyonunun %30’dan düşük olması, kalp yetmezliği bulgularının olması,
- Koroner arterlerin greft konulmaya uygun olmaması,
- Hastada uyumsuzluk ve cerrahi girişim için istekli olmama (45,46).

2.2.3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatında Kullanılan Yöntemler

Koroner arter bypass cerrahisinde bugün için KABG uygulaması standart yöntem olarak tanımlanan median sternotomi ile yapılanlar ve son yıllarda popüler hale gelen “alışan kalpte/off-pump” ve “minimal invaziv” yöntemlerin kullanıldığı yeni yöntem olarak iki gruba ayrılmaktadır (1,31,47).

Ekstrakorporeal Dolaşım ile KABG: Kardiyovasküler cerrahide optimum cerrahi görüşün sağlanması ve güvenliğin artırılması amacıyla kardiyopulmoner sistemin izolasyonu gerekebilir. Bu amaçla kalbin pompa ve akciğerlerin gaz alışverişi fonksiyonlarının geçici bir süre ile kalp akciğer makinesi adı verilen cihaz yolu ile sağlanması işlemine ekstrakorporeal dolaşım (EKD) denir (26,28). Halen kullanılan EKD yöntemine bağlı olarak çeşitli organ ve sistemlerde farklı boyutlarda fonksiyon bozuklukları meydana gelmesine karşın bu yöntem günümüzde kardiyovasküler patolojilerin cerrahi tedavisine olanak sağlamaktadır (48). Bir kalp-akciğer makinesinin ana komponentlerini pompa, arteriyel ve venöz kanül, venöz rezervuar, oksijenatör/ısı değiştirici ve arteriyel filtre meydana getirir. Birçok modifikasyonu bulunmakla birlikte ana prensip, santral bir venden alınan kanın bir rezervuara toplanması, toplanan kanın oksijenize edilmesi ve bir filtreden geçirilerek arteriyel sistemler aracılığıyla vücuda geri döndürülmesidir (31,48).

Çalışan Kalpte (Off Pump;Beating Heart) KABG: Çalışan kalpte koroner arter bypass cerrahisi son yıllarda hızlı bir artış eğilimi göstermektedir. Bu yöntem, cerrahi girişim önerilen hastaların yaşlarının ve eşlik eden hastalıkların artmasıyla giderek daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Aortik kross klemp (AKK) ve EKD sürelerinin uzamasıyla, gelişen komplikasyonlardaki artış nedeniyle bazı yüksek risk faktörü barındıran hastalarda ameliyat endikasyon alanını daralmaktadır. Buna dayanarak esas hedef KABG girişiminin EKD ve AKK yöntemleri kullanılmadan gerçekleştirilmesidir (41,49-51).

EKD ve AKK yöntemleri kullanılmadan yapılan, atan kalpte KABG'nin; operatif travmayı, cerrahi girişim sonrası komplikasyon oranını, rehabilitasyon süresini, yoğun bakım ve hastanede kalış süresini azalttığı belirtilmektedir. Ayrıca yüksek erken greft açıklığı oranı, daha az kan kaybı ve kan transfüzyonu gereksinimi, inotropik ajan gereksiniminin olmaması, nörolojik komplikasyonların ve mortalitenin daha az olması gibi avantajları da gösterilmiştir (52-54).

Çalışan kalpte yapılan uygulamalar günümüzde yaklaşık %20' lik bir oranla ve daha çok tek damar bypasslarla sınırlı kaldığı için EKD ve AKK ile yapılan KABG hala güncelliğini korumakta ve uygulanma sıklığı da her geçen gün artmaktadır (1).

2.2.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatında Kullanılan Greftler

Internal Mammarian (Torasik) Arter (IMA): KABG için en sık kullanılan, kısa ve uzun dönem yararları oldukça fazla olan bir damardır. Arter olması nedeniyle yeni bir tıkanmanın oluşumunu geciktirmektedir (44,55,56).

Safen Ven: Son yıllarda kullanım sıklığı azalmasına karşın, pratik nedenlerden dolayı hala pek çok cerrah tarafından kullanılmaktadır. Bu greft kullanıldığında yeniden tıkanma oranı ameliyattan sonraki 10 yıl içinde %50'yi geçmekte ve ameliyat sonrası dönemde pretibial ödem, cilt nekrozu ve uyuşukluk gibi komplikasyonlar görülmektedir (18,55,57).

Radial Arter: IMA'dan sonra en iyi koroner akım sağlayan arter greftidir. Radial arterler tek başına fazla kullanılmazlar. IMA'ya y ve t greft şeklinde eklenerek yan dal olarak kullanılırlar (18,44,56).

Koroner arter cerrahisinde, epigastrik arter, splenik arter ve subskapular arterler de greft olarak kullanılmaktadır (44,56).

2.2.5. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatından Sonra Görülen Komplikasyonlar

KABG ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası görülen komplikasyonlar sıklıkla kardiyovasküler sisteme ilişkin kanamalar, aritmiler ve düşük kalp debisidir (58).

Bazı vakalarda, bypass girişimi hastalarda vazodilatasyon ve hipotansiyon ile sonuçlanan ciddi reaksiyonlar açığa çıkarabilir. Perioperatif miyokardiyal enfarktüs %5 hastada görülür ve ölüm ve uzun dönem sol ventriküler yetmezliği riskini artırır. Hastaların % 1-5'inde yaşa bağlı olarak serebrovasküler olay görülebilmektedir (31,59).

KABG ameliyatı geçiren hastalarda ameliyattan sonra solunum sistemine ilişkin atelektazi, plevral efüzyon ve pnömotoraks komplikasyonları ortaya çıkmaktadır. Atelektazi, çok sık görülen bir komplikasyondur. Kardiyopulmoner bypass sonrası akciğerlerin ekspansiyonunun azalması, sekresyonların yeterince temizlenememesi, alveoler hipoventilasyon, tidal volümün azalması, plevrada sıvı birikmesi ve damar dışı akciğer sıvısının artması atelektaziye sebep olan faktörlerdir.

Ayrıca mekanik faktörler, frenik sinir harabiyeti, sigara alışkanlığı, çok fazla miktarda kan transfüzyonu atelektaziye neden olmaktadır. Plevral effüzyon, % 75’lik oranla en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Etiyolojik olarak arter, ven gibi damarsal yapıların, plevranın, perikardın, diyafragmanın, lenfatiklerin travmatize edilmesi, yeterli hemostaz yapılamaması sorumlu tutulmuştur (31,60,61,62).

Kardiyak cerrahi sonrasında, hastalar sıklıkla ağrıdan yakınır. KABG cerrahisi uygulanan hastalarda ağrının başlıca nedenleri; işlemin ağrıya hassas pek çok dokuyu etkilemesi, greftlerin alındığı bölgelerin etkilenmesi, ameliyat sırasında dokuların çekilmesi ve kesilmesi, intravasküler kanülasyonların uygulanması, göğüs tüplerinin varlığı, uygun olmayan ya da uzun süreli aynı yatış pozisyonu ve hareketlerin kısıtlanması olarak sıralanabilir (63,64). Kardiyak cerrahiden sonra çeşitli çalışmalarda rapor edilen kronik poststernotomi ağrısı insidansı % 21 ile %56 arasında değişmektedir. Bu ağrının en önemli sebebi kostokondiritisdir (63,65).

Ameliyat sonrası dönemde çeşitli nedenlerle hareketleri kısıtlanan hastalarda tromboembolitik komplikasyonların oluşma riski artmaktadır (63,64,66).

KABG cerrahisinde yukarıda belirtilen komplikasyonların dışında baş ve boyun ağrıları, görme bozuklukları, vokal değişiklikler, periferik nöropatiler, yara enfeksiyonları, renal perfüzyonda bozulma, kosta travmalarının yanı sıra kardiyolojik olmayan kognitif bozukluklar, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar da görülmektedir (60,67,68,69).

2.2.6. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastanın Hemşirelik Bakımı

KABG ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi, sonrası bakım ile taburculuk planlamasına yönelik hemşirelik girişimleri; ameliyata hazırlığı, ameliyat sonrası hasta bakımını, komplikasyonların önlenmesi ve taburculuk sonrası evde bakıma yönelik hasta ve aile üyelerinin desteği ve bakım konusunda bilgilendirilmeleri gibi konuları içermektedir (8,10).

2.2.6.1. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı

Hastanın sorunsuz bir KABG ameliyatı geçirmesi ve cerrahi girişim sonrası komplikasyonların en aza indirilerek iyileşmenin hızlandırılabilmesi için cerrahi girişim öncesi hazırlığının en üst düzeyde yapılması gerekmektedir. Elektif cerrahi girişim uygulanacak hastaların ameliyat öncesi hazırlığı, girişim öncesi gün ya da günlerde yapılan fizyolojik, psikolojik, cerrahi girişim öncesi eğitim, yasal hazırlık, ameliyat öncesi gece ve ameliyat günü yapılacak hazırlıkları kapsamaktadır (5,49).

Cerrahi Girişim Öncesi Hastanın Cerrahi Kliniğe Kabulü: Hasta ve ailesine hastane ve yatacağı klinik ortamın tanıtılması, yaşam bulgularının alınması, gerekli biyokimyasal analizleri için örnek alınmasını içermektedir. Hemşire hastayı klinikte kabul ederken hastanın endişe ve korkularını anlayarak yaklaşımda bulunmalı ve hastanın bireysel özelliklerini ön planda tutarak kabul sürecini gerçekleştirmelidir. Hasta bireyin servise kabul sürecinde hemşirenin kendini, diğer personeli, kliniği tanıtması bireye bildiği bir ortamda kendini güvende ve rahat hissetmesi konusunda yardımcı olacak ve bakım aşamasında bu alanlara bağlı olarak çıkabilecek sorunları en aza indirebileceği gibi hastanın hastanede yatma süresinin kısılması konusunda da etkili olacaktır (5,70).

Fizyolojik Hazırlık: Cerrahi girişim öncesi dönemde; hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve kapsamlı bir sağlık öyküsünün alınması gerekmektedir. Fizyolojik değerlendirme ve sağlık öyküsü şunları içermelidir; yaş, ağrı, beslenme durumu, sıvı elektrolit dengesi, enfeksiyon, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları, kardiyovasküler, pulmoner, renal, gastrointestinal, karaciğer, endokrin, nörolojik, hematolojik fonksiyon ve kullanılan ilaçları içermektedir. Aynı zamanda hastanın öyküsü; sistemik ve fizik muayenesi; kan, idrar tetkiklerini içeren laboratuvar incelemeleri; göğüs radyografisi ve elektrokardiyografinin değerlendirilmesi fiziksel hazırlığın eksiksiz yapılmasını sağlayacaktır (5,71,72).

Psikolojik Hazırlık: Koroner bypass ameliyatı, bireyin yaşamını tehdit eden ve yaşamında değişikliklere neden olan önemli bir girişimdir ve bireyde anksiyeteye neden olur. Hastaneye yatmak ve ameliyatı beklemek hastalarda anksiyetenin yükselmesinin başlıca nedeni olarak kabul edilmektedir. Bunun yanı sıra, ameliyatın hasta için anlamı, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası ile ilgili olası sorunlar, bilinmeyen korkusu gibi nedenler de hastalarda anksiyeteyi

yükseltmektedir (1,73-75). Bu nedenlerden dolayı cerrahi girişim öncesi dönemde psikolojik hazırlıkta öncelikle hastanın kendini ifade etmesine fırsat verilmeli, soruları yanıtlanmalı, cerrahi girişimle ilgili gerekli açıklamalar yapılarak rahatlaması sağlanmalıdır (1, 16).

Cerrahi Girişim Öncesi Egzersiz Eğitimi: Cerrahi girişim öncesi olası komplikasyonları önlemek amacıyla hastalara eğitim yapılması ve onların bu süreçte katkılarının sağlanması gerekir. Bu bağlamda, cerrahi girişim öncesi dönemde hastalara derin solunum, öksürme ve dönme egzersizleri uygun zamanlarda ve hastanın anlayacağı şekilde öğretilerek olası solunum ve dolaşım sistemi komplikasyonlarının önlenmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda KABG ameliyatı sonrasında bu egzersizlerin uygulanmasının iyileşme sürecini hızlandıracığının önemli olduğu hastaya açıklanmalıdır (5,16,72,76).

Yasal Hazırlık: Cerrahi girişim yapılacak her hastadan bilgilendirilmiş onam alınır. Bilgilendirilmiş onam, bilinci yerinde, 18 yaş ve üzerindeki hastaların kendilerinden, karar verebilecek durumda olamayan ve çocuk hastalarda ise aile ya da yasal olarak hastadan sorumlu olan kişilerden alınır. Bilgilendirilmiş onam, hastaya KABG ameliyatının tüm yönlerinin anlaşılır bir dille açıklanması ve komplikasyonların neler olabileceğinin anlatılmasından sonra alınmalıdır. Hasta ameliyathaneye alınmadan önce bilgilendirilmiş onam alınıp alınmadığı mutlaka kontrol edilmelidir. Bilgilendirilmiş onam, hem hasta ve sağlık bakım ekibi açısından yasal güvence anlamını taşımakta hem de hastanın işlem hakkında bilgilenebilmesine olanak sağlayarak korku ve kaygılarını gidermektedir (64,72,73,76).

Cerrahi girişim öncesi gece hazırlığı: Planlı cerrahi girişimlerde cerrahi girişimden birkaç gün önce cerrahi kliniğe kabul edilen hastaya cerrahi girişimden bir gün önce cerrahi girişim listesinde olduğu bildirilir. Bu dönemde yapılması gerekenler: Genel vücut temizliği ve ağız bakımı yapılır; gastrointestinal sistem hazırlığı kapsamında hastanın uygun sürelerde sıvı ve besin alması engellenir, gereken konularda hasta bilgilendirilir ve anksiyetesi giderilir; hastanın fiziksel olarak rahat ve güvenli bir çevre içinde rahat uyuması sağlanır; ayrıca hastanın anesteziist ile görüşmesi sağlanır (1,72,73).

Ameliyat günü ameliyathaneye gitmeden önce hasta hazırlığı: Ameliyat günü, endişe ve korkunun en yoğun yaşandığı dönemdir. Hastanın anksiyetesinin

azaltılması için önemli bir dönemdir. Cerrahi girişim sabahı uygulanması gereken girişimler şunlardır; ameliyata gidecek ilk hastalar genellikle premedikasyon yapılma saatinden bir saat önce uyandırılır ve hazırlıkları yapılır. Hastaların varsa soruları yanıtlanır (1,72,73).

Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce yapılacak hazırlıklar şunlardır:

- Hastanın yaşam bulguları alınıp kaydedilir. Kan basıncı ve kalp atım hızı anksiyete nedeniyle biraz yüksek olabilir. Normalden sapmalar cerrahi ekibe bildirilmelidir.
- Tüm laboratuvar sonuçlarının hazır olduğu kontrol edilir.
- Cerrahi girişime yönelik olarak kullanılacak özel malzemeler varsa hazırlanarak hastayla birlikte gönderilir.
- Hastanın idrarını yapması sağlanmalı, gerekliyse idrar miktarı ve dansitesi kaydedilir.
- Diş, gözlük, lens ve diğer tüm protezler, çıkarılır, kaydedilir ve uygun şekilde korunur.
- Yüzük, küpe, saat gibi takıları varsa çıkarılır, ayrıca parası varsa takılarıyla birlikte bunlar da teslim alınıp tutanak karşılığında hasta ya da yakınlarına verilmek üzere uygun bir yerde saklanır.
- Kadın hastalar için makyaj ya da oje varsa silinir.
- Ameliyathane gömleği ve bone giydirilir. Son kontrol listesi son kez kontrol edildikten sonra, hasta ameliyathaneye gönderilir (1,72-74).

2.2.6.2. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı

Hastanın cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme nakil edilmesiyle sona eren ameliyat sırası bakımında; hastanın ameliyathaneye kabulü, ameliyat bölgesinin temizliği, pozisyon ve anestetik ilaç verilmesi, ameliyathanenin uygun şartlarda olması, ameliyat sonrası nakil önemli yer tutmaktadır (77,78). KABG ameliyatı olacak hasta ameliyathane odasına alındıktan sonra hastaya periferik venöz kateter, jugular kateter, radial arter kateteri, femoral arter kateteri ve foley kateter takılır. Anestezist tarafından uygun anestezi verilerek hasta entübe edilir, monitörize edilir ve cerrahlar

median sternotomiye başlar. Hastalar genel anestezi altında entübe ve mekanik ventilasyona bağlıdır. Hemşire, cerrahi işlem süresince cerraha yardımcı olmakla birlikte, hastanın güvenliğinden ve rahatından da sorumludur. Bu dönemde hemşire, hastaya pozisyon verir, deri kontrolü yapar ve hastayı komplikasyon belirti ve bulguları yönünden izler (55).

2.2.6.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Kardiovasküler cerrahide başarı için, iyi geçen bir operasyon kadar cerrahi girişim sonrasında verilen hemşirelik bakımın kalitesi de önemlidir. Cerrahi girişim sonrası dönemde yoğun bakıma kabul edilecek olan genel ve tıbbi bilgileri önceden alınmalıdır. Hasta için yoğun bakımda kullanılacak olan ilaç ve malzemeler (monitör, ventilatör, acil arabası, aspirasyon sistemi vb) hasta gelmeden önce hazır hale getirilmelidir (79).

Yoğun bakımdaki hastanın yaşamsal fonksiyonları tüm yönleri ile monitörde izlenir. Başlangıçta solunum cihazına bağlı olan hasta, yaklaşık 6-8 saat sonra uygun kriterler sağlanırsa solunum cihazından ayrılır. Solunum yeterliğini sağlayıp sürdürmek amacıyla hastaya solunum egzersizleri yaptırılır. Hastadaki drenler göğüs kafesi içinde biriken kan ve sıvının boşalmasını sağlar ve 24-36 saat sonra kanama kuşkusu ortadan kalktığında çekilir ve başka herhangi anormal bir durum yoksa hasta servisteki odasına gönderilir (55,80).

Hemşireler, koroner bypass cerrahisi sonrası dönemde hastada görülebilecek sorunların erken dönemde belirlenmesi ve giderilmesine yönelik olarak hemşirelik sürecinin hasta değerlendirmesi, tanınması, uygun girişimleri planlama, uygulama ve sonuçları değerlendirme basamaklarını kullanarak hasta bakım planlarını yapmalı ve girişimleri uygulamalıdır. KABG ameliyatı geçiren hastalarda öncelikle ele alınması gereken hemşirelik tanıları şunlardır:

- Azalan kan hacmine bağlı kardiak outputta azalma,
- Yaygın göğüs cerrahisi travmasına bağlı gaz değişiminde bozulma,
- Aşırı çevresel uyarı, uyku yoksunluğu, elektrolit dengesizliğine bağlı duygusal algılamada bozulma,

- Değişen kan volümüne bağlı sıvı volüm yetersizliği ve elektrolit dengesizliği riski,
- İnsizyon, invaziv monitorizasyon girişimleri, göğüs tüpü ve foley katetere bağlı olası enfeksiyon riski,
- Öz bakım aktiviteleri hakkında yetersiz bilgi,
- İnternal mammarian arter diseksiyonuna ve göğüs tüpünün neden olduğu plevral irritasyon ve cerrahi travmaya bağlı şiddetli ağrı,
- Azalan kardiyak output, kan akımı veya vazopresör ilaç tedavisine bağlı etkisiz renal doku perfüzyonu,
- İnfeksiyon ya da postperikardiotomi sendromu sonrası etkisiz ısı düzenlenmesi (80,81).

2.2.7. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Taburculuk Sonrası Eğitimi

KABG ameliyatı olan hastalar genel durum ve laboratuvar sonuçları normal ise ortalama 4-7 gün sonra taburcu olurlar ve hastaların ameliyat sonrası iyileşip normal aktivitelerine dönmeleri ortalama 6 hafta sürer (79,80). Taburcu edildikten sonra hastanın özellikle evdeki ilk günlerinde çok yakından gözlenmesi ve kendini olabilecek tehlikelere karşı koruması önemlidir (79).

Hastanın hastaneye yatması ile başlayan taburculuk süreci hastanın tedavi gördükten sonra hastaneden ayrılması ile sona erer (82). Hastalar evde kendi bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu olmalıdırlar. Taburculuk sırasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte, taburculuk planlaması hemşirenin sorumluluğundadır. (83,84). Taburculuk sonrasında; hastanın evde yara bakımını, komplikasyon belirti ve bulgularını bilmesi ve risk faktörlerini azaltmaya yönelik davranış geliştirmesi planlanır (33).

KABG ameliyatı olan hastaların en çok gereksinim duydukları eğitim konuları, genel olarak günlük yaşam aktiviteleri (beslenme, banyo yapma, ev işi yapma, hareket cinsellik, uyku, dinlenme vb), cihaz kullanımı, ilaç kullanımı, yara bakımı, ağrı kontrolü, sosyal aktiviteler, olası sorunlar ve kontrol zamanıdır

(85,86,87). Hemşirelerin, KABG ameliyatı geçiren hastaya taburculuk planlaması kapsamında aşağıdaki konularda yeterli ve uygun şekilde eğitim vermesi, ameliyat sonrası olası sorunları önlemede ve hastanın evde bakımını bağımsız olarak yapmasında etkili olacaktır. Hasta eğitimi yazılı ve sözel olarak yapılmasının yanı sıra, hastalara eğitim kitapçıkları ya da işitsel-görsel eğitim materyallerinin de verilmesi eğitimin etkinliğini arttıracaktır.

Genel Bilgilendirme: Yapılan işlem ve sonuçları hakkında kısa bilgiler verilir, cerrahi girişim öncesi ve sonrası verilen eğitimdeki bilgilerin düzeyi, eksik kalan konular ve yanlış anlaşılan durumlar belirlenir ve gerekli durumlarda tekrar eğitim verilir, taburculuk sırasında aile bireylerinden birisinin hazır bulunması sağlanır (33).

İlaç Kullanımı: KABG ameliyatı olan hastaların ilaçlarını düzenli alması önemlidir. Bu ilaçlar genellikle; kalp, kan basıncı, ritm sorunlarına, kanın pıhtılaşmasını geciktirmeye yönelik ilaçlardır. Kapak ameliyatlarından sonra, bazen koroner bypass sonrası veya ritm bozukluklarında kullanılan Coumadin adlı kanın pıhtılaşmasını geciktiren ilaçlar için hastaya göre, uygun dozda ilaç ayarlaması yapılmaktadır. İlacın her gün aynı saatte alınması gerekmektedir (3,74,79,88).

Yara bakımı ve ağrı kontrolü: Kesi yerleri temiz ve kuru ise pansuman gerekmez, doktor izni olmadan bu bölgelere pomad, yumuşatıcı kremler sürülmemelidir (89). Ameliyat yerleri tam iyileşene kadar temiz ve kuru tutulmalı, bu bölgelerin hava alması sağlanmalıdır. Normal iyileşme döneminde; hafif yanma, kaşınmalar olabilir. Ancak enfeksiyon belirtileri olduğunda doktorla bağlantı kurulmalıdır. Hastanın göğüs ön kemiğinin tam olarak kaynaması için gerekli süre 6 haftadır. Bu zamana kadar sırtüstü yatılması, yan dönülmemesi, ağırlık kaldırılmaması göğüs adalelerini zorlayan hareketlerden uzak durulması önerilmektedir. Yaraya bağlı ağrılar altı hafta, adale ağrıları ise 3-4 ay sürebilir (76,86,88,90).

Varis çorabı: Hastanın bacağından damar alındığında, genellikle ameliyattan sonraki ilk 6 ay varis çorabı giymesi gereklidir. Varis çorabının yataktan kalkmadan önce giyilmesi ve gün boyunca çıkarılmaması gerektiği hastaya anlatılır (5,74,79).

Banyo, duş: Tüm yara yerleri temiz ve kuru ise ameliyattan 10-14 gün sonra banyo yapılabilir veya istenilen kadar duş alınabilir. Eğer hasta kendini yorgun

hissediyorsa başka birinden yardım almalıdır. Yara yerlerinin fazla nemlenmemesi, bu bölgelerin ovulmaması dikişler açısından önemlidir (86,88,91,92).

Sosyal aktivite ve seyahat: Taburcu olduktan sonraki ilk on günde ziyaretçiler ve telefon görüşmeleri kısıtlanmalıdır. Onuncu günden itibaren hasta gittikçe güçlendiğini ve kuvvetlendiğini fark edecektir, kendisi ve çevresi için gerekli sosyal faaliyetlere katılabilir. Hasta iyileştikten sonra sakıncası yoksa, istediği şekilde seyahat edebilir (3,74).

Otomobil kullanma: Hasta, altıncı haftadan itibaren araba kullanabilir. Eğer uzun bir yola gitmek gerekiyorsa, 2 saatte bir arabadan inip 5-10 dakikalık yürüyüş yapılmalıdır (3,88,91,92).

Ev işleri yapma: Bayan hastalar için iyileştığının bir göstergesi de ev işlerini yapabilmeleridir. Çamaşır yıkama, yemek hazırlama, temizlik, çocuk bakımı, etraf düzenleme gibi aktiviteleri yerine getirmek için 8 haftadan sonra yapılacak kontrolün ve doktorun kararına göre hareket edilmelidir. Hasta kendini iyi hissettiği müddetçe 8. haftadan itibaren çalışmalara katılabilir (3,74,88,91,92).

Yürüyüş ve spor: İyileşme döneminde aktif olmak, yürüyüşler yapmak kas gücünün yerine gelmesi ve adeste ağırlarının geçmesi için önemlidir. Hasta, çok sıcak, çok soğuk veya çok rüzgârlı havalar dışında kısa yürüyüşlere başlamalı ve mesafeler giderek artırılmalıdır. İlk dönemlerde; merdiven çıkarken katlar arasında ve uzun yürüyüşler sırasında arada dinlenilmelidir. Spor yaparken, göğüs ön kemiğini zorlayıcı hareketlerden kaçınılmalıdır (80,88,91,92)

İşe başlama: Bypass ameliyatlarında, işe geri dönmek hastanın sosyal ve psikolojik rahatlığını sağlama açısından çok önemlidir. Çalışma hayatına hafif tempolu işlerde, günde dört saati geçmemesi koşuluyla ilk 4 haftadan sonra, zorlamaların olduğu özellikle ellerin kullanıldığı işlerde 3. aydan sonra başlanması önerilmektedir (79,86).

Beslenme: Eğer doktorun başka bir önerisi yoksa diyabet hastaları hariç, hastaların hızla iyileşmeleri için ilk bir ayda yiyeceklerinde herhangi bir kısıtlama yoktur. Ancak kan basıncı yüksek olan veya doktoru tarafından önerilen hastaların az tuzlu yemeleri gereklidir. Ayrıca mümkün olduğu kadar diyetle doymuş yağlar ve kolesterol azaltılarak koroner risk faktörleri azaltılmaya çalışılmalıdır. Yeterli ve

dengeli beslenmenin yanı sıra, kilo kontrolünün önemi de hastaya anlatılmalıdır (3,79).

İçki-sigara: Sigara ve alkol ameliyat tarihinden itibaren kesinlikle bırakılmalı ve kullanılmamalıdır (80).

Cinsel Yaşam: Ameliyattan sonra ilk 4-8 hafta süreyle cinsel ilişkinin kısıtlı olmasına özen gösterilmelidir. Bu dönemdeki hareket kısıtlılıkları, genel ağrı ve yakınmaları geçtikten sonra cinsel hayata devam edilmesi gerektiği hastaya anlatılır (86).

Kontrolle Gelme: Hastalar taburculuk sonrası, eğer soruları olursa telefon edecekleri kişiyi bilmelidirler. Hastalara önemli durumlar ve randevu tarihleri açık bir dille anlatılmalıdır (3,74,79).

2.3. Hasta Eğitimi

2.3.1. Hasta Eğitiminde Temel Kavramlar (Eğitim, Öğrenme, Öğretim, Öğretme)

Eğitim: Geniş anlamda; bireylerin toplumun standartlarını, inançlarını ve yaşama yollarını kazanmasında etkili olan tüm sosyal süreçlerdir (93). Başka bir tanıma göre eğitim; bireyin davranışlarında kendi yaşantıları yoluyla ve kasıtlı olarak istendik değişme meydana getirme sürecidir (94). Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde eğitim “çocukların ve gençlerin toplum yaşayışında yerlerini almaları için gerekli bilgi, beceri ve anlayışları elde etmelerine, kişiliklerini geliştirmelerine okul içinde veya dışında, doğrudan veya dolaylı yardım etme, terbiye” olarak tanımlanmaktadır (95).

Sağlık eğitimi, 1950'lerde kullanılmaya başlanmış ve sağlık tanıtımı, öğretim, bilgilendirme gibi terimlerle aynı amaç için kullanılmıştır. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu hasta eğitimini: “Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek” olarak tanımlamaktadır (96).

Öğrenme: İnsanlar yaşamını sürdürebilmek için çevresindeki değişimlere ayak uydurmak durumundadır. Bu uyumu sağlayabilmenin önemli bir bölümü öğrenme ile gerçekleşmektedir. Yaşamı sürdürebilmek için gereksinim duyulan bilgi,

beceri, tutum ve davranışların büyük bölümü öğrenilerek kazanılmaktadır (97). Öğrenme çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. TDK'na göre “öğrenme, belli bilgi, beceri ve anlayışlar edinmedir” (95). Diğer bir tanıma göre öğrenme, yaşantı ürünü ve nispeten kalıcı izli davranış değişikliğidir (98). Hergenhahn ve Olson öğrenmenin yaşantı sonucunda davranışta meydana gelen kalıcı izli davranış değişikliği olduğunu, hastalık, yorgunluk ya da ilaç etkisiyle meydana gelen davranış değişikliklerinin öğrenme olmadığını ifade etmektedir (99).

Öğrenme süreci sonunda bireyde davranış değişikliği meydana gelmesi beklenir. Kişinin çevresi ile kurduğu etkileşim sonucu bireyde meydana gelen kalıcı izler öğrenmeyi oluşturur. Öğrenme genellikle kendiliğinden ve yönlendirilmiş olmak üzere iki türlü meydana gelmektedir. Bireyin kendi kendine yaptığı bir eylem ya da yaşantı sonucu meydana gelen davranış değişiklikleri öğrenme olarak kabul edilebilir. Bireyin günlük yaşantısında gösterdiği davranışların büyük bir kısmı kendiliğinden öğrenmenin ürünleridir. Kendiliğinden öğrenme kasıtlı ya da kasıtsız olabilir (100).

Öğretim: Öğretim kavramı; öğrenmeyi gerçekleştirmeye dönük ortamsal koşulların planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi süreci olarak tanımlanabilmektedir. TDK'na göre öğretim; “belli bir amaca göre gereken bilgileri verme işidir” (95). Buna göre öğretme, hedef alınan kritik davranışların bütün öğrencilere etkili ve verimli bir biçimde kazandırılması amacıyla gerçekleştirilen her tür etkinliği kapsamaktadır (101).

Öğretme: Öğrenme sürecini tamamlayan ve onun ayrılmaz bir parçası olarak ele alınan ve genelde belli durumlar veya koşullar altında belli davranımda bulunması için bireyin çevresini düzenleme süreci olarak tanımlanmaktadır. TDK'na göre öğretme; bilinmeyen bir konuda bilgi sahibi olmasını sağlama işidir (95). Öğretme, aynı zamanda, belli bir öğretim durumunda önceden saptanmış hedeflere en etkin biçimde ulaşmak amacıyla, öğrenmeyi kolaylaştırmak için bilgiyi sağlamak, uygun ortam, koşulları, personeli, materyal ve araçları kullanma ve uygun faaliyetler sağlamayı da kapsamaktadır (102,103).

2.3.2. Öğrenme Kuramları

Konu ile ilgili kaynaklar incelendiğinde, genel olarak davranışçı ve bilişsel olmak üzere iki temel öğrenme kuramından bahsedildiği görülmektedir. Davranışçı yaklaşım çevreyi ve çevre etkisini ön planda tutarken, bilişsel yaklaşım daha çok zihinsel süreçleri temel olarak ele almaktadır (104).

2.3.2.1. Davranışçı Yaklaşım Kuramları:

Davranışçı yaklaşıma göre öğrenme uyarıcıya karşı tepki gösterme sürecidir. Gözlenebilir ve ölçülebilir olanı temel alan davranışçı yaklaşımda klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve gözlem yolu ile öğrenme olmak üzere üç önemli öğrenme süreci tanımlanmaktadır (103,104).

Klasik Koşullanma: Pavlov, klasik koşullanma yoluyla öğrenmenin nasıl olduğunu bir köpeğin salya salgılamasını zil sesine koşullayarak kanıtlamıştır. Pavlov, bir köpeğin ağzına yiyecek koymadan önce zil çalmış ve hemen ardından köpeğin ağzına yiyecek koymuştur. Önceleri köpek zil sesini duyunca salya salgılamamıştır. Köpeğe zil sesinden sonra yemek verilme işlemi tekrarlanınca köpek geçirdiği bir yaşantı sonucu zil sesi ile yiyecek arasında bir bağlantı kurmuştur. Zil sesi bir bakıma yiyeceğin yerine geçmiş ve yiyeceğin uyandırdığı tepkiyi uyandırmıştır. Pavlov'un yaptığı bu araştırmaya klasik koşullanma adı verilmiştir. Klasik koşullanma, koşulsuz ve koşullu etkilerin birleşimlerini içerir (105-107).

Uyarıcı durumundaki semboller beklenmedik bir anda karşımıza çıktığında, çağrışım yoluyla iç dürtü ihtiyaçlarımız ortaya çıkarak etkinlik kazanır. Koşullu bir uyarıcının etkisiyle refleksin ve tepkilerin ortaya çıkmasına koşullu refleks denir. Koşullu reflekste uyarıcı belenmiş yani öğrenilmiş bir semboldür. Koşulsuz refleksde ise uyarıcı sembol değil gerçek uyarıcıdır. Koşullanmada asıl neden, duygu ve davranışları belli bir sembol ile uyarmaya alışmış olmaktır (108).

Edimsel Koşullanma: Psikolog B.F.Skinner edimsel koşullanma kuramını ortaya koymuştur. Edimsel koşullanma durumundaki bir organizma bir takım davranışlar ortaya koyar: dolaşır, koklar, nesnelere bakar, onları iter; fakat klasik koşullanmada olduğu gibi belirli bir uyandırılmış davranış göstermez. Sonunda

yaptığı davranışlardan biri ödüle götürür ya da cezadan kaçınmasını sağlar. Edimsel koşullanma ödüle götüren ya da cezadan kurtaran bir davranışın yapılmasını öğretmektir (107).

Edimsel koşullanmada, ödül veya doyuma ulaştırıcı koşullar terimi yerine pekiştireç terimi kullanılır. Pekiştireçler ödülден daha geniş bir anlama sahiptir. Pekiştireçler, belli davranışları izleyen organizmada bir güdüye doyum sağlayan durumlardır. Koşullanmanın sağlanması için edimin pekiştirilmesi gerekir (108).

Gözlemlere Göre Öğrenme: Bandura' ya göre insan davranışları sadece pekiştirmeler yoluyla biçimlendirme ile değil, bilişsel, davranışsal ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimleriyle açıklanabilir. Sosyal öğrenme; dikkat, hatırlama, uygulama ve güdüleme olmak üzere dört basamakta ortaya çıkar. Gündelik hayatımızdaki öğrenmelerin birçoğu sosyal öğrenmedir yani modelleme yolu ile gözlemleyerek ve taklit ederek öğrenmedir (104).

Davranışçı yaklaşımda öğrenmenin olabilmesi için uygulama yeterince tekrar edilmelidir (109).

2.3.2.2. Bilişsel Gelişim Kuramları:

Bilişsel kuramlara göre öğrenme, doğrudan gözlemlenemeyen zihinsel bir süreçtir. Bu akımın temsilcileri olan Gestalt Okulu psikologları, Piaget ve Bruner'e göre öğrenme, kişinin davranımında bulunma kapasitesinin gelişmesidir. Bu kuramın en ünlü temsilcisi Piaget'dir. Piaget, bilişsel gelişimin beynin ve sinir sisteminin olgunlaşması ve bireyin çevreye uyum sağlaması sonucunda gerçekleştiğini belirtmektedir. Bilişsel gelişim kuramına göre öğrenme, insanın beyinde ve sinir sisteminde oluşan bir iç süreçtir (103). Bilişsel gelişim kuramı, öğrenmeyi üst düzey bilişsel süreçleri içeren bir etkinlik olarak görür. Öğrenme, birikimli bir süreçtir ve önceki bilgi yeni bilginin kazanılmasında önemli bir rol oynar. Bilişsel kuram ışığında gerçekleştirilen öğretimde, öğrenme görev ve performansı analiz edilir, içerik ve öğrenme durumları belirlenir, istenilen öğrenme çıktıları sağlamak için uygun bilgi yapıları oluşturulur. Anlamlı öğrenme, öğrencilerin bilgilerini kendilerinin keşfetmesi, eski ve yeni bilgiler arasındaki ilişkileri algılaması, yeni

problemleri çözmek için kendi bilgisine başvurması, bilgisini başkalarına iletmesi ve öğrenme için sürekli güdülenmesi yoluyla gerçekleşir (110,111).

Bilgiyi işleme kuramı: Kuramın öncüleri Allen Nevell, Hebert A. Simon, Gagne ve Briggs'dir (109). Bilgiyi işleme kuramı anlamalı sözel öğrenmede içsel, bilişsel süreçleri anlamaya ve tanımlamaya odaklaşmıştır. Bu kuram iki temel öge üzerinde durur. Bunlar duyuşsal kayıt, kısa süreli bellek ve uzun süreli belleği içeren yapılar ve kodlama, tekrarlama, geri getirme gibi bilişsel süreçlerdir. 2 birimlik bilgiyi ortalama 20-30 saniye tutar. Kısa süreli belleğin kapasitesi ve süresi gruplama ve tekrar süreçleri ile artırılır. Bilgi kısa süreli bellekte işlenerek uzun süreli belleğe geçirilir. İşlenmeyen bilgi kaybolur. Çevre bilgi işleme sisteminde girdi kaynağıdır. Görme, işitme, koklama, tatma ve hissetme gibi alıcılar duyuşsal sistemlerdir. Bunlar çevre ve organizma arasında fiziksel işbirliği sağlarlar (112,113).

Gestalt Kuramı: Kuramın Öncüleri Max Wertheimer, W. Köhler, K. Kofka, Ausubel'dir (109). Yirminci yüzyılın başında Almanya'da gelişen bir psikoloji okulu olan Gestalt psikolojisinin savunucuları, uyaranların organizasyonunun, algının gerçekleşmesinde önemli bir rol oynadığını vurgulamışlardır. Gestalt psikologları "Bütün, kendisini oluşturan parçaların toplamından farklıdır" ilkesini vurgulamışlardır. Gestaltçılar uyarıcıların nesneye yönelik olarak örgütlenmesi biçiminde beliren temel eğilimin, bireyin duyu organları ve sinir sistemlerinin doğuştan gelen bir özelliği olduğunu kabul ederler (108).

2.3.3. Hasta Eğitiminin Temel Amaçları

Sağlık Bakım Organizasyonu'na (Healthcare Organization) göre hasta eğitiminin amacı; hastanın kendi bakım kararlarına uygun şekilde katılmasına, sağlık davranışlarını yükseltmesine yardımcı olmak ve hemen işine geri dönmesi için sağlık sonuçlarını düzeltmektir (114). Nitelikli sağlık hizmetinin vazgeçilmez bir unsuru olan hasta eğitiminin temel amacı, hastalarda sağlık alanında olumlu davranış değişikliği yapmaktır. Hasta eğitiminin diğer amaçları; hastaların sağlıkla ilgili davranışlarını düzeltmek, sağlığı koruma alışkanlıklarını oluşturma, hastalıklarla başa çıkmak ve uyum sağlamasına yardımcı olmak, sağlık ve sağlık bakımıyla ilgili karar alma yeteneklerini arttırmak, hastaya sağlıksız davranışlarını göstermek ve en üst sağlık düzeylerine ulaşmasını sağlamaktır (115,116). Bu amaçlara ulaşılabilmesi

için eğitimin, sunulan sağlık hizmetlerinin bir parçası olması gerekir. Hemşireler taburculuk planlaması kapsamında uygulanan hasta eğitimi programlarında önemli bir konuma sahiptirler. Hasta eğitimi, belli temel ilkeler doğrultusunda, her hastaya özel ve bireysel olmalıdır. Hemşirelik süreci ile eğitim süreci arasında bir ilişki vardır, ancak ikisi aynı değildir. Hemşirelik süreci, hastanın bütün sağlık bakım gereksinimlerine ilişkin durumun belirlenmesini yani sağlık bakımı ile ilgili bütün konularda veri toplamayı gerektirmektedir. Eğitim süreci ise, hastanın öğrenme gereksinimlerine, istekli ve hazır oluşuna ve öğrenme kapasitesine odaklanmaktadır (16).

2.3.4. Hasta Eğitimi Standartları

Hasta eğitiminde standartlar; hasta eğitimi alan bireylerin sağlıklarının daha üst seviyeye çıkarılması ve hasta eğitiminin sistematik ve kaliteli bir şekilde uygulanması için belirli kurallar çerçevesinde, yasal olarak kabul edilmiş ölçütler olarak tanımlanabilir. Hasta eğitiminin temel ilkelerini belirleyen standartlar hasta ve aile eğitimi sağlık bakımı yetkililerine yön verir. ABD’de, 1995 yılında, Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization- JCAHO) tarafından sağlık kuruluşlarının hasta eğitiminde dikkate almaları gereken standartlar geliştirilmiştir. JCAHO standartları kapsamında hasta eğitimi standartları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (114,117).

- Hasta ve ailesine iyileşmesini ve fonksiyonlarının düzelmesini sağlamak için gerekli bilgi ve beceriyi sağlayacak bir eğitim planının oluşturulması,
- Hastanın karar verme sürecine katılımının sağlanması ve eğitim sürecine ailenin de dahil edilmesi,
- Tanılama ile başlayan ve belirlenmiş bilgi gereksinimlerine yönelik ve hasta tercihlerine uygun bir eğitim programının uygulanması,
- Hastaların güvenli ve etkili ilaç kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
- Hastaların kullandıkları araç-gereç ve desteklerin güvenli ve etkili kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
- Hastalara besin-ilâç etkileşimleri, hastalığa uygun diyet önerilerinin açıklanması,

- Hastalara sağlık kontrolleri ve ulaşabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında bilgi verilmesi, esas alınmıştır.

JCAHO, hasta eğitimine yönelik standartlar doğrultusunda hastane kliniklerinde çalışan hemşirelere yol göstermek amacıyla, hemşirelerin hasta eğitiminde üstlenmiş oldukları yetki ve sorumlulukları açıkça gösteren standartlar da belirlemiştir. Bunlar:

- Sağlık bakım kuruluşunda bireyin/ailenin eğitimi, hemşirelik uygulama alanlarının tümünde bakımla bütünleşmiş olarak yer almalıdır,
- Sağlık bakım kuruluşunda hemşirelik bölümü, bireyin/ailenin/toplumun eğitiminin kapsamlı bir şekilde planlanmasına etkin olarak katılmalı ve sorumluluk üstlenmelidir,
- Hemşire bireyin/ailenin eğitimini kolaylaştırıp, gerekli işbirliğini sağlamalıdır (118).

Ülkemizde de hastanelerde verilen sağlık hizmetinden yararlanan hasta ve ailesinin, eğitim alma hakkına ait düzenlemeler “Hasta Hakları Yönetmeliği”nde yer almaktadır (119). Ancak bu yönetmelikteki maddelerde eğitimin temelleneceği standartların yeterince yer almadığı görülmektedir.

2.3.5. Hasta Eğitim Süreci

Hasta eğitimi hastanın istendik davranışları kazanarak sağlığına en kısa sürede ulaşmasını amaçlamakta, öğretme-öğrenme süreci doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Hasta eğitim süreci birbiriyle etkileşen; tanılama - planlama-uygulama- değerlendirme aşamalarından oluşur. Bu nedenle hemşirelik sürecine atılan ilk adımla hasta eğitimi sürecine de girilmiş olunur. Hasta eğitim süreci, hasta eğitimine bilimsel ve planlı bir yaklaşım getirmiştir (120). Hemşire; sağlığın devamı ve hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazandırılması, hastalıkla baş etme başta olmak üzere hangi amaçla öğretim yaparsa yapsın mutlaka öğretim sürecinden yararlanmalı, bu süreci iyi bilmeli ve uygulamalıdır.

Öğretim süreci, hemşirelik süreci ile paralel giden bir süreç olup beş basamaktan oluşmaktadır. Hemşirelik süreciyle bireyin sağlık bakım gereksinimleri belirlenir, bireyin durumuna özel hemşirelik tanıları konur, bakım planı bireye özel

olarak hazırlanır, uygulanır ve değerlendirme aşamasında bireyin bakım gereksinimlerinin ne kadar karşılanabildiğine bakılır. Bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenerek hemşirelik tanılarının konulduğu aşamada aynı zamanda bireyin eğitim gereksinimi de belirlenir. Öğrenim gereksinimine ilişkin bir tanı konduğunda öğretim bakım planının bir parçası olur ve böylece öğretim sürecide başlar. Hasta eğitim sürecinin basamakları veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşmaktadır (16,121).

2.3.5.1. Hasta Eğitiminde Veri Toplama

Hemşire, bireyin sağlık bakım sorunlarını belirlediğinde aynı zamanda eğitim gereksinimlerini de saptar. Veri toplama sağlıklı/hasta birey ve yakınlarıyla ilk karşılaşıldığında başlar ve aralıksız devam eder. Sürecin tüm aşamalarına temel olabilmesi için, verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir (122).

Hasta eğitiminde öğrenme gereksinimini belirleyip, istendik davranış değişikliğinin oluşturulması, verilerin sürekli ve sistematik şekilde toplanıp değerlendirilmesine bağlıdır (123). Bu aşamada, hasta ve ailesinin; öğrenme gereksinimleri, motivasyonu, öğrenme yeteneği, öğretim kaynaklarının neler olduğu konusunda bireyin kendisinden, ailesinden, çevresinden, tıbbi kayıtlarından, hemşirelik öyküsünden ve literatürden gerekli veriler toplanır (16,121).

2.3.5.2. Hasta Eğitiminde Tanılama

Hasta eğitim sürecinin ikinci aşamasında hemşire, toplanan verileri çözümleyip, yorumlayıp, gruplandırarak hastanın spesifik öğrenme gereksinimlerinin neler olduğuna karar verir, sorunu tanımlar. Sorunun doğru olarak tanılanması hemşirenin; özel bilgi, deneyim ve akıl yürütme gücüne sahip olmasını gerektirir (118).

Hastanın öğrenme gereksinimlerini belirten hemşirelik tanısı, bilgi eksikliği olarak ifade edilmektedir. Ancak bilgi eksikliği tanısı, geniş kapsamlı olması nedeniyle üç öğrenme alanı doğrultusunda sınıflandırılarak (bilişsel, duyuşsal, davranışsal) gerekli açıklamalar yapılmalıdır. Tanının bu açıklamaları içermesi,

öğretme-öğrenme etkinliklerinin planlanmasında rehber olma amacını taşımaktadır (122).

2.3.5.3. Hasta Eğitiminde Planlama

Hasta eğitimi planlanmış bir süreç olmalıdır. Eğitim planının düzenlenmesinde, öncelikle hastaların öğrenim gereksinimlerine yönelik öğrenme hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için hangi davranışların kazanılmasının gerekli olduğu belirlenmelidir. Hedefler kısa veya uzun vadeli olabilir. Bu hedeflerin ulaşılabilir, anlaşılabilir, bireye özel, gözlenip ve değerlendirilebilir olması da önemlidir (115,124). Hasta eğitimi planlanırken, hastanın algıları, öncelikleri, sosyal, kültürel, siyasal, yasal ve ekonomik değişiklik ve gelişmelerin dikkate alınarak hedeflerin belirlenmesi ve hasta yakınlarının da plana dahil edilmesi gerekir (115,125).

2.3.5.4. Hasta Eğitiminde Uygulama

Hasta eğitiminde uygulama aşaması, hasta ve ailesinin öğrenmesini sağlamak/ desteklemek amacıyla planlanmış olan eğitim etkinliklerini kapsar. Hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde; hastanın öğrenme gereksinimleri/hedef davranışlar, hasta ve hemşirenin özellikleri ve tercihi, içerik, ortam, süre, mevcut kaynaklar dikkate alınmalıdır (118,120). Hasta eğitimi, bireysel özelliklere uygun olan görsel, işitsel ve yazılı materyallerden yararlanılarak, uygun öğretim yöntemleri kullanılarak ve hastayı/bakım vereni ya da aileyi de katarak yürütülmelidir (16). Hasta ve yakınlarının eğitiminde düz anlatım, tartışma, (bire-bir ve grup), soru yanıt, demonstrasyon tekniği, uygulama, rol oynama/yapma, örnek olay/vaka çalışması ve kendi kendine /öz yönelmeli öğrenme yöntemleri sıklıkla kullanılmaktadır (94,126,127). Hasta eğitiminde, yazı tahtası, tepegöz, projeksiyon, afiş, maketler ve video gibi araç-gereçler kullanılabilir (118,125).

Hasta eğitimi uygulanırken, bireyin öğrenmeye hazır olduğu bir zamanı seçmek önemlidir. Öğretim için bireyin fiziksel, psikolojik açıdan rahat olduğu, bizi dinlemeye, öğretime katılmaya istekli olduğu zamanlar seçilmelidir. Öğretim

yaparken süreyi de çok iyi ayarlamak gereklidir. Bir öğretim bölümü 30-45 dakikayı geçmemelidir (121).

2.3.5.5. Hasta Eğitiminde Değerlendirme

Eğitim, bir davranış değiştirme sürecidir. Söz konusu olan değişme, kuşkusuz, istenilen yönde ve doğrultudaki bir değişmedir (128). Hastanın verilen eğitimi uygulayıp uygulamadığını tahmin etmek zor olduğundan sık sık tekrarlanır. Hemşire, öğretme-öğrenme sürecinin her aşamasını ve her ögesini sistematik ve sürekli olarak değerlendirmelidir. Amaç; elde edilen sonuçları, öğrenme hedefleri ile karşılaştırarak öğretimin etkinliğinin, aksaklıklarının ve yapılması gereken değişikliklerin neler olduğuna karar vermektir. Değerlendirmenin bir diğer amacı ise; hasta ve ailesinden alınan geri bildirimler yolu ile hemşirenin öğretimdeki performansını belirlemektir. Değerlendirme, hedeflere ulaşma derecesi ve hastanın ne kadar öğrendiği, bir sonraki eğitim basamağına hazır olup olmadığı konusunda bilgi verir (129).

Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında olduğu gibi hasta eğitiminde de kayıtlar önemlidir. Hasta eğitimi hemşirenin rol ve işlevleri içerisinde yer aldığı için, yapılan her hasta eğitimi uygulamasının tüm aşamalarının kayıt edilmesi gerekir (122).

Bu bilgiler ışığında, KABG ameliyatı geçiren hastaların, öncelikle öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi ve sonuçlar doğrultusunda hasta eğitiminin planlanıp uygulanması olası komplikasyonların gelişmesini önlemede, psikolojik destek sağlamada ve hasta memnuniyetini yükseltmede etkili olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlandı ve yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Kalp Damar Cerrahi kliniğinde 1 Mart – 31 Ağustos 2009 tarihleri arasında, ilk kez KABG ameliyatı geçirmiş, taburculuğu planlanmış hastalar üzerinde yürütüldü.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, 1 Mart – 31 Ağustos 2009 tarihleri arasında, ilk kez KABG ameliyatı olan 107 yetişkin hasta, örnekleme ise araştırmaya alım ölçütlerine uygun olan 80 hasta oluşturdu. Toplam 107 KABG ameliyatı olan hastadan; 20 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği ve 7 hastaya ulaşamadığı için çalışma dışı bırakıldı.

3.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Özellikleri

Araştırmaya; 18 yaş ve üstü yaşta olan, okur yazar, Türkçe bilen, ilk kez KABG ameliyatı geçirmiş, iletişim kurulabilen, ruhsal bir hastalığı olmayan, taburculuğuna karar verilmiş, ameliyattan sonra hastanede en az 2 gece yatmış, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar dahil edildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu (Ek 1); konu ile ilgili literatürden (8,79,130-134) yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, gelir gider durumu, sosyal güvence

durumu, ek bir hastalığın varlığı, sigara kullanımı, evde kiminle yaşadığı, evde bakım verecek birinin varlığı, taburculuk eğitimi alıp almadığı, taburculuk eğitimi aldıysa kimden aldığı, boy, kilo, hastaneye yatış tarihi, ameliyat tarihi, taburculuk tarihi ile ilgili 18 soru bulunmaktadır. Çalışmaya başlamadan önce, Hasta Bilgi Formu'ndaki soruların hastalar tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek için araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 10 hasta üzerinde ön uygulama yapıldı, form üzerinde anlaşılmayan ifadeler ve maddelerle ilgili gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra araştırma verileri toplandı. Ön çalışmada uygulanan formlar çalışma verilerine dahil edilmedi.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (Ek 2) : Hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemek amacıyla kullanılan HÖGÖ, 1990 yılında Bubela ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (135). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çatal ve Dicle (2008) tarafından yapılmıştır (136). Ölçek 50 madde ve ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt ölçek madde numaraları; ilaçlar (3,8,16,18,37,39,44,45), yaşam aktiviteleri (2,5,14,17,27,28,29,30,48), toplum ve izlem (6,9,22,31,36,41), duruma ilişkin duygular (7,24,32,35,42), tedavi ve komplikasyonlar (1,4,10,19,20,23,26,38,47), yaşam kalitesi (11,13,15,21,34,40,46,50), cilt bakımı (12,25,33,43,49)' dur.

Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemi değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre, hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt boyut puanları; toplam ölçek ve tüm alt boyutların soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde yorumlanmaktadır. Yüksek puanlar öğrenim gereksiniminin önemlilik düzeyini gösterir. Toplam ölçek için Cronbach Alfa 0.95 iken, yedi alt ölçek için sırasıyla İlaçlar 0.88, Yaşam aktiviteleri 0.84, Toplum ve izlem 0.85, Duruma ilişkin

duygular 0.79, Tedavi ve komplikasyonlar 0.83, Yaşam kalitesi 0.85, Cilt bakımı 0.69'dur (135,136).

Bu çalışma kapsamına alınan hasta grubu için HÖGÖ güvenirlik katsayısı hesaplandı. Toplam ölçek için iç tutarlık cronbach alfa katsayısı 0.92 iken, yedi alt ölçek için sırasıyla; Yaşam aktiviteleri 0.84, Toplum ve izlem 0.79, Duruma ilişkin duygular 0.78, İlaçlar 0.77, Cilt bakımı 0.75, Tedavi ve komplikasyonlar 0.74, Yaşam Kalitesi 0.60 idi. HÖGÖ toplam ölçek ve alt ölçekler için elde edilen yüksek Cronbach Alfa değerleri, araştırmanın yürütüldüğü hasta grubu için ölçeğin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, taburcu olması kesinleşmiş fakat klinikten henüz ayrılmamış olan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Görüşmede, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra veri toplama araçları tanıtıldı ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden, bilgilendirilmiş yazılı onam veren hastalara verildi ve doldurulduktan sonra geri toplandı. Veri toplama araçları yaklaşık 10-15 dakikada dolduruldu.

3.7. İstatistiksel Analizler

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri Statistical Package of Sosial Science (SPSS) 15.0 programı ile bilgisayarda yapıldı.

- Ölçülebilir veriler Ortalama (Ort) $\pm$ Standart Sapma (SS) ile, kategorik veriler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu.
 - Ölçülebilir veriler Shapiro Wilk normallik testi ile test edildi.
 - Normal dağılım gösteren değişkenlerin istatistiksel değerlendirmesinde parametrik testlerden unpaired t testi, Pearson korelasyon analizi,
 - Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin istatistiksel değerlendirmesinde Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi kullanıldı.
 - Ölçeğin genel güvenirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach Alfa katsayısı hesaplandı.
- $p \leq 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı (Ek 3), TÖTM Kalp Damar Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan yazılı izin (Ek 4) ve HÖGÖ'yü Türkçe'ye uyarlayan Emine ÇATAL' dan izin belgesi (Ek 5) alındı. Bu çalışmada gönüllü katılım ilkesi temel alınarak, veri toplama araçlarını uygulamadan önce, araştırmacı tarafından her bireye araştırmanın amacı açıklandı ve bireylerden bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

HÖGÖ dahiliye ve cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi için geliştirilen öznel bir ölçüm aracıdır. Bu çalışma, sadece KABG ameliyatı olan hastaları kapsamaktadır ve diğer hasta gruplarına genellenemez. Hastaların bir kısmının plansız taburcu edilmelerinden dolayı ulaşılamaması ve ulaşılan hastaların soruları doğru yanıtladıklarının varsayılması araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık durumları ile HÖGÖ'ye ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (S=80)

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
44 yaş ve altı	5	6.3
45 – 64	58	72.5
65 yaş ve üzeri	17	21.2
Cinsiyet		
Kadın	16	20.0
Erkek	64	80.0
Medeni Durum		
Evli	71	88.8
Bekâr	9	11.2
Eğitim Durumu		
Okur – Yazar	26	32.5
İlköğretim Mezunu	32	40.0
Lise Mezunu	15	18.7
Üniversite Mezunu	7	8.8
Meslek		
Memur	12	15.0
Emekli	19	23.8
İşçi	3	3.7
Ev hanımı	15	18.8
Serbest meslek	17	21.2
Çiftçi	14	17.5
Yaşadığı Yer		
İl	56	70.0
İlçe	20	25.0
Köy	4	5.0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	21	26.2
Gelir ve gider eşit	54	67.5
Gelir giderden fazla	5	6.3
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	70	87.5
Geleneksel aile	10	12.5

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de gösterildi. Hastaların yaş ortalaması 59.63 idi. Hastaların büyük çoğunluğunun evli (%88.8), çekirdek aile yapısına sahip (%87.5), erkek (%80.0) ve 45-64 yaş grubunda (%72.5) olduğu ve ilde yaşadığı (%70) belirlendi. Hastaların, %67.5’inin geliri giderine eşit, %40.0’ı ilköğretim mezunu, %23.8’i emekli idi. Tüm hastaların sosyal güvencesi vardı (%100).

Tablo 4.2.Hastaların Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Sağlık Durumları	S	%
Ek hastalık (s=80)		
Evet	69	86.2
Hayır	11	13.7
Ek hastalık tanısı (s=69)		
Diyabet	24	34.9
Hipertansiyon	18	26.1
Böbrek hastalığı	2	2.9
Astım (solunum yolu hastalıkları)	1	1.4
Obezite	16	23.2
Benign Prostat Hipertrofisi	6	8.7
Osteoporoz	1	1.4
Nodüler Guatr	1	1.4
Sigara kullanımı (s=80)		
Evet	41	51.2
Hayır	39	48.8
Günlük ortalama içilen sigara sayısı (s=41)		
1-5 adet	1	2.4
6-10 adet	5	12.2
11-15 adet	8	19.5
16-20 adet	13	31.7
1 paketten fazla	14	34.2
Beden kitle indeksi (BKİ) (s=80)		
Normal	26	32.5
Hafif Şişman	36	45.0
Obez	18	22.5
Hastanede yatılan gece (s=80)	Ort.±SS	
Hastanede yattığı toplam gece	12.45±4.70	
Ameliyat sonrası yattığı gece	7.58±2.25	

Tablo 4.2’de araştırma kapsamına alınana hastaların sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların % 86.2’ sinin bir ek hastalığı olup, en çok (%34.9) diyabet hastası olduğu, %51.2’sinin sigara kullandığı, sigara kullananların %34.2’sinin günde bir paketten fazla içtiği, %45’inin hafif şişman grubunda olduğu saptandı. Sigara içen hastalar hastaneye yatmadan önce sigara içtiklerini, hastaneye yatınca bıraktıklarını ifade etti.

Hastaların hastanede yattığı toplam gece sayısı ortalama 12.45 ± 4.70 (en az 6, en fazla 27 gece), ameliyattan sonra hastanede yattığı gece sayısı ortalama 7.58 ± 2.25 (en az 5, en fazla 17 gece) olarak bulundu.

Tablo 4.3. Hastaların ve Evde Bakım Verenlerin Taburculuk Eğitimine İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (S=80)

Taburculuk Eğitimine İlişkin Bilgiler	S	%
Hastanın taburculuk eğitimi alma durumu		
Evet	33	41.2
Hayır	47	58.8
Hastaların taburculuk eğitimi aldıkları kişi		
Hekim	22	66.7
Hemşire	7	21.2
Hekim ve Hemşire	4	12.1
Evde bakım veren		
Eş	34	42.5
Çocuklar	24	30.0
Eş ve çocuklar	22	27.5
Bakım verenin taburculuk eğitimi alma durumu		
Evet	28	35.0
Hayır	52	65.0

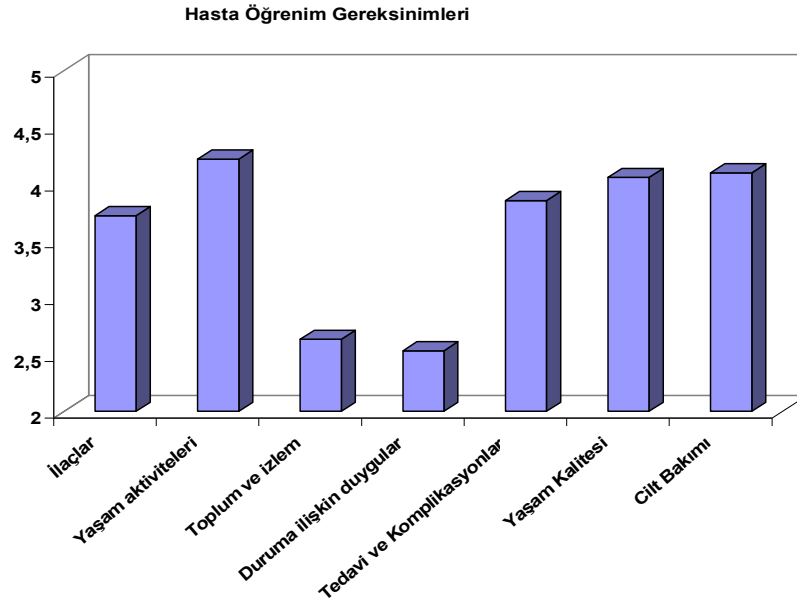
Tablo 4.3’te hasta ve evde bakım verenlerin taburculuk eğitimine ilişkin bilgileri gösterildi. Araştırmaya katılan hastaların tümü (%100) evde bakım verecek birinin olduğunu belirttiler. Evde bakım verenlerin %42.5’i eş, %27.5’i eş ve çocuklardır. Hastaların %58.8’i, bakım verenlerin ise %65’i taburculuk eğitimi almadıklarını ifade ettiler. Hastaların %66.7’si hekimden, %21.2’si hemşire ve %12.1’i ise hekim ve hemşireden bilgi aldıklarını belirttiler.

Tablo 4.4. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Öğrenim Gereksinimi Önem Düzeyleri

	Madde sayısı	Ölçek puan En düşük En yüksek	Hasta puanları En düşük En yüksek	Puanlar Ort±SS	Önem Düzeyi
Alt ölçekler ve Toplam					
İlaçlar	8	8-40	19-40	29.77±4.66	3.72
Yaşam aktiviteleri	9	9-45	25-45	37.60±4.93	4.93
Toplum ve izlem	6	6-30	9-29	15.78±4.60	2.63
Duruma ilişkin duygular	5	5-25	6-23	12.66±4.04	2.53
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	9-45	25-45	34.68±4.57	3.85
Yaşam Kalitesi	8	8-40	24-40	32.47±3.53	4.05
Cilt Bakımı	5	5-25	10-25	20.50±3.00	4.10
Toplam	50	50-250	139-243	183.48±23.36	3.66

Tablo 4.4'te hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları ve öğrenim gereksinimi düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır. HÖGÖ toplam ve alt ölçekler incelendiğinde, hastalar için en önemli öğrenim gereksiniminin yaşam aktiviteleri alanında çok önemli düzeyde (ortalama=37.60±4.93, önemlilik düzeyi=4.93) en az önemli öğrenim gereksiniminin ise duruma ilişkin duygular (ortalama=12.66±4.04, önemlilik düzeyi=2.53) düşük düzeyde olduğu görüldü.

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği alt boyutlarının önemlilik düzeyleri aynı zamanda Grafik 4.1'de de gösterildi.



Grafik 4.1.Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyutlarının Önemlilik Düzeyleri

Tablo 4.5. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaş grupları			İstatistiksel test P değeri
	≤44 (s=5) Ort±SS	45-64 (s=58) Ort±SS	≥65 (s=17) Ort±SS	
İlaçlar	29.60±4.09	29.74±4.79	29.94±4.60	KW _{x2} =0.065, 0.968
Yaşam aktiviteleri	36.40±5.59	37.46±5.10	38.41±4.27	KW _{x2} =0.563, 0.754
Toplum ve izlem	16.00±5.95	15.63±4.60	16.23±4.47	KW _{x2} =0.306, 0.858
Duruma ilişkin duygular	10.80±3.42	12.68±4.10	13.11±4.06	KW _{x2} =1.386, 0.500
Tedavi ve komplikasyonlar	34.20±4.54	34.44±4.60	35.64±4.63	KW _{x2} =0.761, 0.683
Yaşam kalitesi	34.20±3.03	32.62±3.48	31.47±3.74	KW _{x2} =0.563, 0.754
Cilt bakımı	21.20±1.64	20.46±3.17	20.41±2.78	KW _{x2} =0.318, 0.853
Toplam	182.40±19.95	183.06±24.37	185.23±21.78	KW _{x2} =0.343, 0.842

Tablo 4.5’ de hastaların HÖGÖ’den aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılması gösterildi. Yaşa göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; ileri yaş grubundaki hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek olmasına karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Cinsiyet		İstatistiksel test (MWU) P değeri
	Kadın s=16 Ort±SS	Erkek s=64 Ort±SS	
İlaçlar	32.25±4.64	29.15±4.53	Z= -2.351, 0.019
Yaşam aktiviteleri	39.06±4.61	37.23±4.97	Z = -1.315, 0.188
Toplum ve izlem	18.00±5.31	15.23±4.27	Z = -2.248, 0.025
Duruma ilişkin duygular	13.81±3.69	12.37±4.10	Z = -1.606, 0.108
Tedavi ve komplikasyonlar	36.56±3.79	34.21±4.65	Z = -2.032, 0.042
Yaşam kalitesi	33.56±3.26	32.20±3.56	Z = -1.316, 0.188
Cilt bakımı	22.43±2.12	20.01±3.00	Z = -3.094, 0.002
Toplam	195.68±20.69	180.43±23.13	Z = -2.069, 0.039

Tablo 4.6’ da hastaların HÖGÖ’den aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılması görülmektedir. Cinsiyete göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldığında; kadın hastaların alt ölçeklerden ilaçlar, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı ve toplam ölçek puan ortalamaları erkek hastalardan yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Sırası ile; ilaçlar Z =-2.351, $p<0.05$; toplum ve izlem Z=-2.248, $p<0.05$; tedavi ve komplikasyonlar Z= -2.032, $p<0.05$; cilt bakımı Z = -3.094, $p<0.01$; toplam Z= -2.069, $p<0.05$). HÖGÖ alt boyutlarından kadınların yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular ve yaşam kalitesi öğrenim gereksinimlerine ilişkin puan ortalamaları erkeklerinkinden yüksek olmasına karşın aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Medeni durum		İstatistiksel test (MWU) P değeri
	Evli s=71 Ort±SS	Bekâr s=9 Ort±SS	
İlaçlar	29.78±4.47	29.66±6.28	Z= -.282, 0.778
Yaşam aktiviteleri	37.63±4.95	37.33±5.04	Z= -.160, 0.873
Toplum ve izlem	15.50±4.27	18.00±6.55	Z= -.826, 0.409
Duruma ilişkin duygular	12.78±3.90	11.66±5.19	Z= -1.246, 0.213
Tedavi ve komplikasyonlar	34.57±4.46	35.55±5.59	Z= -.771, 0.441
Yaşam kalitesi	32.71±3.25	30.55±5.10	Z= -1.705, 0.088
Cilt bakımı	20.50±2.92	20.44±3.77	Z= -.146, 0.884
Toplam	183.52±22.34	183.22±31.96	Z= -.289, 0.772

Tablo 4.7’ de hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların medeni duruma göre karşılaştırılması görülmektedir. Medeni duruma göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında, öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Eğitim düzeyleri				İstatistiksel test P değeri
	Okur Yazar s=26 Ort±SS	İlköğretim Mezunu s=32 Ort±SS	Lise Mezunu s=15 Ort±SS	Üniversite Mezunu s=7 Ort±SS	
İlaçlar	29.53±3.96	30.84±4.97	29.66±4.02	26.00±5.68	KW _{x2} =5.49, 0.139
Yaşam aktiviteleri	38.53±4.80	38.31±4.94	37.00±4.50	32.14±2.85	KW _{x2} =11.20, 0.011
Toplum ve izlem	15.19±3.16	16.59±5.36	15.73±5.14	14.42±4.46	KW _{x2} =1.54, 0.671
Duruma ilişkin duygular	11.76±3.29	13.25±4.32	12.80±4.29	13.00±5.00	KW _{x2} =1.33, 0.722
Tedavi ve komplikasyonlar	34.30±4.01	35.46±4.71	34.73±4.80	32.42±5.47	KW _{x2} =3.49, 0.321
Yaşam kalitesi	31.50±4.49	33.37±3.14	32.93±2.46	31.00±1.82	KW _{x2} =4.51, 0.211
Cilt bakımı	20.73±3.15	21.21±2.40	20.20±2.67	17.00±3.60	KW _{x2} =8.99, 0.029
Toplam	181.57±20.67	189.06±24.89	183.06±22.50	166.00±21.96	KW _{x2} =5.00, 0.172

Tablo 4.8’ de hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim düzeylerine göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutlarında, üniversite mezunu olan hastaların yaşam aktiviteleri ve cilt bakımı öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları okuryazar, ilköğretim mezunu ve lise mezunlarından düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Sırası ile; yaşam aktiviteleri KW_{x2}=11.20, p<0.05; cilt bakımı KW_{x2}=8.99, p<0.05).

Üniversite mezunu olan hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük, ilköğretim mezunu olan hastaların ise daha yüksek olmasına karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.9. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Mesleklere Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Meslek grupları						İstatistiksel test P değeri
	Memur	Emekli	İşçi	Ev hanımı	Serbest	Çiftçi	
	s=12 Ort±SS	s=19 Ort±SS	s=3 Ort±SS	s=15 Ort±SS	s=17 Ort±SS	s=14 Ort±SS	
İlaçlar	26.91±4.66	29.84±4.77	29.33±4.16	32.60±4.38	28.52±3.18	30.71±5.15	KW _{x2} =12,11 0.033
Yaşam aktiviteleri	33.41±3.72	38.57±4.28	38.33±6.65	38.93±4.74	38.11±4.38	37.64±5.98	KW _{x2} =11.70 0.039
Toplum ve izlem	12.50±3.20	17.10±4.68	14.66±3.78	18.33±5.32	13.76±1.71	16.78±5.16	KW _{x2} =17.74 0.003
Duruma ilişkin duygular	10.75±3.84	13.26±4.38	12.00±4.00	14.06±3.67	11.35±2.80	13.71±4.89	KW _{x2} = 8.04 0.154
Tedavi ve komplikasyonlar	31.08±4.50	36.31±3.54	34.66±4.04	36.66±3.90	32.05±4.00	36.64±4.51	KW _{x2} =22.99 0.000
Yaşam kalitesi	30.75±2.49	32.0±03.17	34.33±6.42	33.53±3.37	32.47±3.82	33.07±3.79	KW _{x2} =6.53 0.258
Cilt bakımı	18.25±1.86	20.10±3.58	20.00±3.46	22.33±2.16	20.70±2.66	20.85±3.05	KW _{x2} =15.94 0.007
Toplam	163.66±18.03	187.21±21.51	183.33±30.00	196.46±21.17	177.00±17.51	189.42±27.02	KW _{x2} =15.21 0.009

Tablo 4.9’ da hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların mesleklere göre karşılaştırılması görülmektedir. Mesleğe göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; ev hanımlarının öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamaları (196.46 ± 21.17) diğer meslek gruplarından daha yüksek, memurların ise (163.66 ± 18.03) daha düşüktü ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($KW_{x2}=15.21$, $p<0.01$).

Ev hanımı olan hastaların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar ve cilt bakımı puan ortalamaları, diğer meslek grubunda olan hastaların puan ortalamalarından yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$) (Sırası ile; ilaçlar $KW_{x2}=12.11$, $p<0.05$; yaşam aktiviteleri $KW_{x2}=11.70$, $p<0.05$; toplum ve izlem $KW_{x2}=17.74$, $p<0.01$; tedavi ve komplikasyonlar $KW_{x2}=22.99$, $p<0.001$; cilt bakımı $KW_{x2}=15.94$, $p<0.01$).

Tablo 4.10. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaşanılan yer			İstatistiksel test P değeri
	İl s=56 Ort±SS	İlçe s=20 Ort±SS	Köy s=4 Ort±SS	
İlaçlar	29.83±4.43	28.90±5.19	33.25±4.57	$KW_{x2}=2.17$ 0.336
Yaşam aktiviteleri	37.48±4.72	37.75±5.68	38.50±5.00	$KW_{x2}=0.54$ 0.762
Toplum ve izlem	15.85±4.64	14.50±3.59	21.25±5.50	$KW_{x2}=5.61$ 0.060
Duruma ilişkin duygular	12.62±4.00	11.65±3.29	18.25±4.34	$KW_{x2}=6.60$ 0.037
Tedavi ve komplikasyonlar	34.53±4.58	34.85±4.29	36.00±6.83	$KW_{x2}=0.11$ 0.944
Yaşam kalitesi	32.53±3.25	32.25±3.85	32.75±6.34	$KW_{x2}=0.268$ 0.874
Cilt bakımı	20.39±3.04	20.70±3.01	21.00±2.94	$KW_{x2}=0.32$ 0.850
Toplam	183.26±22.33	180.60±24.06	201.00±33.03	$KW_{x2}= 1.75$ 0.416

Tablo 4.10’ da hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların yaşanılan yere göre karşılaştırılması görülmektedir. Yaşanılan yere göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; köyde yaşayan hastaların duruma ilişkin duygular öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları il ve ilçede yaşayan hastalarinkine göre yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($KW_{x2}=6.60$, $p<0.05$). Köyde yaşayan hastaların diğer alt ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları diğer gruplarinkinden daha yüksek olmasına karşın, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Gelir Düzeylerine Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Gelir düzeyleri			İstatistiksel test P değeri
	Gelir giderden az s=21 Ort±SS	Gelir gidere eşit s=54 Ort±SS	Gelir giderden fazla s=5 Ort±SS	
İlaçlar	29.76±4.89	30.07±4.62	26.60±3.57	$KW_{x2}=2.94$ 0.230
Yaşam aktiviteleri	36.80±5.46	38.29±4.54	33.40±5.02	$KW_{x2}=5.12$ 0.077
Toplum ve izlem	17.14±5.91	15.27±4.08	15.60±3.20	$KW_{x2}=0.77$ 0.678
Duruma ilişkin duygular	13.42±4.90	12.16±3.74	14.80±2.28	$KW_{x2}=3.45$ 0.177
Tedavi ve komplikasyonlar	34.14±4.45	35.25±4.63	30.80±2.04	$KW_{x2}=5.83$ 0.054
Yaşam kalitesi	31.61±3.82	32.92±3.32	31.20±4.20	$KW_{x2}=2.60$ 0.271
Cilt bakımı	20.71±2.77	20.74±2.79	17.00±4.41	$KW_{x2}=4.31$ 0.116
Toplam	183.61±26.00	184.74±22.83	169.40±14.82	$KW_{x2}=1.90$ 0.386

Tablo 4.11’ de hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların gelir düzeylerine göre karşılaştırılması görülmektedir. Gelir düzeylerine göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; geliri giderden fazla olan hastaların tedavi ve komplikasyonlar puan ortalamaları diğer grupların puan ortalamalarından düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıya yakın fakat anlamlı bulunmadı ($KW_{x2}=5.83$, $p>0.05$).

Tablo 4.12. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Aile Yapısına Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Aile yapısı		İstatistiksel test P değeri
	Çekirdek aile s=70 Ort±SS	Geleneksel aile s=10 Ort±SS	
İlaçlar	29.72±4.47	30.10±6.08	Z= -.095, 0.924
Yaşam aktiviteleri	37.62±4.98	37.40±4.76	Z= -.241, 0.810
Toplum ve izlem	15.35±4.11	18.80±6.67	Z= -1.323, 0.186
Duruma ilişkin duygular	12.65±3.76	12.70±5.88	Z= -.635, 0.525
Tedavi ve komplikasyonlar	34.54±4.48	35.70±5.29	Z= -.948, 0.343
Yaşam kalitesi	32.71±3.27	30.80±4.87	Z= -1.585, 0.113
Cilt bakımı	20.50±2.94	20.50±3.56	Z= -.117, 0.907
Toplam	183.12±22.25	186.00±31.39	Z= -.182, 0.856

Tablo 4.12’ de hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların aile yapısına göre karşılaştırılması görülmektedir. Aile yapısına göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ile Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişki (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Beden Kitle İndeksi (BMI)	
	r	p
İlaçlar	0.133	0.240
Yaşam aktiviteleri	0.092	0.417
Toplum ve izlem	0.246	0.028*
Duruma ilişkin duygular	0.224	0.046*
Tedavi ve komplikasyonlar	0.226	0.043*
Yaşam kalitesi	0.223	0.047*
Cilt bakımı	0.215	0.056
Toplam	0.239	0.033*

* İlişki 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.13'te hastaların BKİ değerleri ile HÖGÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelenmektedir. Hastaların HÖGÖ toplam puanları, alt ölçeklerden toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi puanları ile BKİ değerleri arasında olumlu yönde anlamlı ilişki vardı ($p<0.05$). BKİ değerleri yüksek olan hastaların öğrenim gereksinim puanları da yüksekti. Sonuçlar, BKİ arttıkça öğrenim gereksinimlerinin de arttığını göstermektedir.

Hastaların hastanede yattığı gece sayısı ve ameliyat sonrası hastanede yattığı gece sayısı ile HÖGÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları ile hastaların hastanede yattığı gece sayısı ve ameliyat sonrası hastanede yattığı gece sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ek Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Ek hastalık durumu		İstatistiksel test	
	Evets=43 Ort±SS	Hayırs=37 Ort±SS	P değeri	
İlaçlar	29.23±5.29	30.40±3.78	t=-1.123	0.265
Yaşam aktiviteleri	37.23±5.31	38.02±4.48	t= -0.716	0.476
Toplum ve izlem	15.90±5.52	15.64±3.29	t=-0.249	0.804
Duruma ilişkin duygular	12.83±4.40	12.45±3.62	t=0.414	0.680
Tedavi ve komplikasyonlar	34.79±4.57	34.56±4.63	t=0.216	0.829
Yaşam kalitesi	32.30±3.54	32.67±3.55	t=-0.469	0.640
Cilt bakımı	20.44±2.83	20.56±3.21	t=-0.186	0.853
Toplam	182.74±25.45	184.35±20.98	t=-0.305	0.761

Tablo 4.14'te hastaların HÖGÖ' den aldıkları puanların ek hastalık durumuna göre karşılaştırılması görülmektedir. Ek hastalık durumuna göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Sigara kullanma durumu		İstatistiksel test P değeri
	Evet s=41 Ort±SS	Hayır s=39 Ort±SS	
İlaçlar	29.09±4.47	30.48±4.80	t=-1.339, 0.184
Yaşam aktiviteleri	37.70±4.48	37.48±5.41	t=0.198, 0.843
Toplum ve izlem	15.21±4.29	16.38±4.89	t=-1.133, 0.261
Duruma ilişkin duygular	12.26±3.93	13.07±4.16	t=-0.893, 0.375
Tedavi ve komplikasyonlar	34.00±4.85	35.41±4.20	t=-1.386, 0.170
Yaşam kalitesi	32.26±3.35	32.69±3.74	t=-0.534, 0.595
Cilt bakımı	20.19±3.00	20.82±3.00	t=-0.931, 0.355
Toplam	180.75±22.98	186.35±23.70	t=-1.073, 0.286

Tablo 4.15’ te görüldüğü gibi; hastaların HÖGÖ’ den ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar ile sigara kullanma durumları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Bakım Veren Kişilere Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Bakım verenler			İstatistiksel test P değeri
	Eş s=34 Ort±SS	Çocuklar s=24 Ort±SS	Eş ve çocuklar s=22 Ort±SS	
İlaçlar	29.44±4.15	29.58±5.33	30.50±4.76	KW _{x2} =0.66, 0.717
Yaşam aktiviteleri	37.85±4.56	38.08±5.23	36.68±5.24	KW _{x2} =1.41, 0.493
Toplum ve izlem	15.26±4.25	15.45±4.69	16.95±5.02	KW _{x2} =1.14, 0.563
Duruma ilişkin duygular	12.58±4.13	12.08±3.90	13.40±4.12	KW _{x2} =1.27, 0.528
Tedavi ve komplikasyonlar	34.17±4.80	35.08±4.31	35.04±4.62	KW _{x2} =1.03, 0.596
Yaşam kalitesi	33.20±3.37	32.20±4.14	31.63±2.92	KW _{x2} =3.26, 0.196
Cilt bakımı	20.70±2.43	20.75±3.31	19.90±3.47	KW _{x2} =0.76, 0.683
Toplam	183.23±23.70	183.25±25.32	184.13±21.61	KW _{x2} =0.116, 0.944

Tablo 4.16’ da hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların bakım veren kişilere göre karşılaştırılması görülmektedir. Bakım veren kişiye göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Taburculuk Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Hastaların taburculuk eğitimi alma durumu		İstatistiksel test P değeri
	Evet s=33 Ort±SS	Hayır s=47 Ort±SS	
İlaçlar	28.45±4.98	30.70±4.23	t=-2.172, 0.033
Yaşam aktiviteleri	35.12±5.03	39.34±4.07	t=-4.133, 0.000
Toplum ve izlem	15.09±4.45	16.27±4.69	t=-1.136, 0.260
Duruma ilişkin duygular	12.18±3.74	13.00±4.24	t=-0.890, 0.376
Tedavi ve komplikasyonlar	33.48±5.29	35.53±3.82	t=-2.008, 0.048
Yaşam kalitesi	31.93±2.81	32.85±3.94	t=1.296, 0.258
Cilt bakımı	19.24±3.05	21.38±2.65	t=-3.335, 0.001
Toplam	175.51±23.93	189.08±21.47	t=-2.654, 0.010

Tablo 4.17’ de hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırılması görülmektedir.

Hastaların taburculuk eğitimi alma durumuna göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında taburculuk eğitimi almayan hastaların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı ve toplam ölçek puan ortalamaları taburculuk eğitimi alan hastalardan yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Sırası ile; ilaçlar t=-2.172, $p<0.05$; yaşam aktiviteleri t=-4.133, $p<0.001$; tedavi ve komplikasyonlar t=-2.008, $p<0.05$; cilt bakımı t=-3.335, $p<0.01$; toplam ölçek t=-2.654, $p<0.05$).

Tablo 4.18. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Taburculuk Eğitimi Aldıkları Kişiye Göre Karşılaştırılması (S=33)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Taburculuk eğitimi verenler			İstatistiksel test P değeri
	Hekim s=22 Ort±SS	Hemşire s=7 Ort±SS	Hekim ve hemşire s=4 Ort±SS	
İlaçlar	30.22±4.58	24.71±3.86	25.25±4.27	KW _{x2} =8.59, 0.014
Yaşam aktiviteleri	37.09±4.30	32.28±4.49	29.25±2.62	KW _{x2} =11.26, 0.004
Toplum ve izlem	15.77±3.99	13.57±3.55	14.00±8.00	KW _{x2} = 3.32, 0.190
Duruma ilişkin duygular	12.50±3.77	12.28±4.60	10.25±1.25	KW _{x2} =1.16, 0.558
Tedavi ve komplikasyonlar	34.45±5.81	31.14±3.38	32.25±4.27	KW _{x2} =1.68, 0.430
Yaşam kalitesi	32.40±2.83	31.14±3.33	30.75±0.75	KW _{x2} =2.66, 0.264
Cilt bakımı	20.22±2.34	17.14±3.89	17.50±3.00	KW _{x2} =7.22, 0.027
Toplam	182.68±23.46	162.28±19.99	159.25±17.93	KW _{x2} = 8.01, 0.018

Tablo 4.18’de hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanların taburculuk eğitimi aldıkları kişiye göre karşılaştırılması görülmektedir.

Hastaların taburculuk eğitimi aldıkları kişiye göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; sadece hekim ya da sadece hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların ilaçlar, yaşam aktiviteleri ve cilt bakımı alt ölçek puan ortalamaları, hem hekim hem de hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların puan ortalamalarından yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Sırası ile; ilaçlar KW_{x2}=8.59, p<0.05; yaşam aktiviteleri KW_{x2}=11.26, p<0.01; cilt bakımı KW_{x2}=7.22, p<0.05). Hem hekim hem hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların toplam puan ortalamaları (159.25±17.93) diğerlerinden daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (KW_{x2}= 8.01, p<0.05).

Tablo 4.19. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Bakım Veren Taburculuk Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (S=80)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Bakım verenin taburculuk eğitimi alma durumu		İstatistiksel test (MWU) P değeri
	Evet s=28 Ort±SS	Hayır s=52 Ort±SS	
İlaçlar	28.46±5.26	30.48±4.18	Z= -1.835, 0.066
Yaşam aktiviteleri	35.14±5.18	38.92±4.28	Z= -3.142, 0.002
Toplum ve izlem	14.50±4.14	16.48±4.72	Z= -2.113, 0.035
Duruma ilişkin duygular	11.89±3.81	13.07±4.13	Z= -1.104, 0.270
Tedavi ve komplikasyonlar	33.64±5.64	35.25±3.82	Z= -1.719, 0.086
Yaşam kalitesi	31.89±2.99	32.78±3.77	Z= -1.519, 0.129
Cilt bakımı	19.39±2.69	21.09±3.01	Z= -2.762, 0.006
Toplam	174.92±25.65	188.09±20.85	Z= -2.316, 0.021

Tablo 4.19’ da hastaların HÖGÖ’ den aldıkları puanlar ile bakım verenin taburculuk eğitimi alma durumlarının MWU testi kullanılarak yapılan karşılaştırma sonuçları görülmektedir. Bakım verenin taburculuk eğitimi alma durumuna göre HÖGÖ alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; bakım verenin taburculuk eğitimi almayan hastaların yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, cilt bakımı alt ölçek puan ortalamaları bakım verenin taburculuk eğitimi alan hastalardan yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Sırası ile; yaşam aktiviteleri Z= -3.142, p<0.01; toplum ve izlem Z= -2.113, p<0.05; cilt bakımı Z= -2.762, p<0.01).

Bakım verenin taburculuk eğitimi almayan hastaların toplam ölçek puan ortalamaları (188.09±20.85); bakım verenin taburculuk eğitimi alan hastalardan (174.92±25.65) yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Z= -2.316, p<0.05). HÖGÖ alt boyutlarından ilaçlar, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi öğrenim gereksinimlerine ilişkin bakım verenin taburculuk eğitimi almayan hastaların puan ortalamaları bakım verenin taburculuk eğitimi alan hastalardan yüksek, fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05).

5.TARTIŞMA

İlk kez KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ve öğrenim gereksinimlerinin hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular, bu bölümde literatür ışığında tartışıldı.

Çalışma kapsamına alınan hastaların öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması 183.48 ± 23.36 , önemlilik düzeyi:3.66 olarak bulundu (Tablo 4.4). Hastaların öğrenim düzeylerinin toplam ölçekte önemli düzeyde, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alanlarında ise öğrenim gereksinimlerinin çok önemli düzeyde olduğu belirlendi. Bu çalışma sonucumuz Özel (2010)’in çalışma sonuçları ile uyumludur. Özel (2010)’ in yaptığı çalışmada, cerrahi girişim geçiren 220 hastanın taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması 199.19 ± 26.62 olarak bulunmuştur (137). Bununla birlikte, bizim çalışma sonuçlarından farklı olarak Rich-vanderBij (1999) cerrahi girişim geçiren 21 hastayla gerçekleştirdiği çalışmasında toplam puan ortalamasını 151.8 ± 40.0 olarak, Jacobs (2000) 45 cerrahi hastasıyla yaptığı çalışmasında öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasını 106.2 ± 48.6 ; Carew (1999) kalp kateterizasyonu uygulanan 49 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında toplam puan ortalamasını 113.53 ± 38.81 olarak bulmuşlardır (138-140). Çalışma sonuçları arasındaki farkın hasta özelliklerinden ve kurumların hasta eğitim politikalarındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların en çok yaşam aktiviteleri ile ilgili alanlarda, sonra sırası ile cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar, ilaçlar, toplum ve izlem, en az da duruma ilişkin duygulara ilişkin alanlarında öğrenim gereksinimlerinin olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Bu sonuç Jacobs (2000), Jickling and Graydon (1997) ve MacKinaw ve arkadaşlarının (1997) çalışma sonuçları ile uyumludur (8,139,141).

Bizim hasta grubundan farklı olarak, Jacobs (2000)’un, kolesistektomi, apendektomi ve herni ameliyatı olmuş hastaların (S=45) taburculuktaki bilgi gereksinimleri ve önceliklerini belirledikleri çalışmada hastalar “yaşam aktiviteleri” ile ilgili bilgi gereksinimini en önemli olarak belirtmişlerdir (139). Jickling and Graydon (1997)’in KABG ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimine cinsiyetin etkisini inceledikleri çalışmada, en fazla bilgi gereksinimi olan alanların sırasıyla;

tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi alanlarında olduğunu belirtmişlerdir (8). MacKinaw ve arkadaşlarının (1997)'nin HÖGÖ'yü yatan hastalarda (S=116) kullandığı çalışmada, hastalar en fazla ilaçlar ile tedavi ve komplikasyonlar konusunda öğrenim gereksinimi duymaktadır (141). Taşdemir ve arkadaşlarının (2009) HÖGÖ kullandığı “nöroşirurji hastalarının öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi” konulu çalışmada hastalar (S=77) en fazla yaşam kalitesi konusunda öğrenme gereksinimi duymaktadır (142). Şendir ve arkadaşlarının (2009) HÖGÖ'yü kullandığı çalışmalarında hastalar (S=37) en fazla tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam kaliteleri hakkında öğrenme ihtiyacı duymaktadır (143). Elitoğ ve Erkuş (2010) KABG ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların taburculuk sonrası en sık ilaç kullanımı, ağrı kontrolü, yara bakımı ve günlük aktivitelere ilişkin sorunlar yaşadıklarını belirlemişlerdir (85).

Gerek bizim çalışma sonuçları gerekse diğer çalışma sonuçları, hastalara taburculuk sonrası hasta eğitimini planlarken ve uygularken, özellikle yaşam aktiviteleri, ilaç kullanımı, tedavi ve komplikasyonlar ile bunların yanı sıra diğer öğrenim alanlarına yönelik bilgilere önemli derecede yer verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamızda kadın hastaların (ortalama=195.68±20.69) erkek hastalardan (ortalama=180.43±23.13) anlamlı olarak daha çok öğrenim gereksinimi olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Bu sonuç Özel (2010), Suhonen ve arkadaşları (2005), Jickling and Graydon (1997) ve Yalın'ın (1995) çalışma sonuçları ile uyumludur (8,137,144,145). Özel (2010)'in çalışmada, kadın hastaların bilgi gereksinimlerinin (ortalama=201.37±23.11) erkek hastalardan (ortalama=195.91±31.01) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Suhonen ve arkadaşları (2005) hastanede yatan 928 hasta ile yaptıkları çalışmada kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla bilgiye gereksinim duyduklarını belirlemişlerdir (137,144).

Jickling and Graydon (1997)'un KABG ameliyatı geçiren hastaların (20 kadın ve 20 erkek hasta) bilgi gereksinimine cinsiyetin etkisini inceledikleri çalışmada, kadın hastaların (ortalama=182.57±31.09) erkek hastalardan (ortalama=179.77±32.96) daha çok öğrenim gereksinimi olduğu belirlenmiştir (8). Yalın (1995) 50 koroner arter hastası üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların

eğitim öncesi ve sonrası bilgi testi puanlarının ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamış ve erkek hastaların bilgi puan ortalamalarının kadın hastalara göre yüksek olduğunu belirtmiştir (145).

Yaman (2008) ise kalp kapağı replasmanı yapılan 80 hastaya verilen planlı taburculuk eğitiminin, hastaların bilgi düzeyi, öz bakım gücü ve taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar üzerine etkisini araştırdığı çalışmada; kadın ve erkek hastaların bilgi gereksinimleri arasında farklılığın olmadığı sonucuna ulaşmıştır (146). Çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde, genel olarak yapılan çalışma sonuçlarında da görüldüğü gibi, kadınların öğrenim gereksinimlerinin erkeklerden daha fazla olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Kadınların sağlık konularına bireysel olarak daha fazla ilgi duymaları ve kendilerini öz bakımlarını yapmak zorunda hissetmeleri sonuçların ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Araştırmamızda, eğitim düzeylerine göre öğrenim gereksinimleri karşılaştırıldığında, ilköğretim mezunu hastaların (ortalama=189.06±24.89) öğrenim gereksinimlerinin daha fazla, üniversite mezunlarının (ortalama=166.00±21.96) ise daha az olduğu belirlendi (Tablo 4.8). Bu sonuç, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe öğrenim gereksiniminin azaldığını gösteren çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Amanda ve arkadaşları (2006) protez kapak deplasmanı sonrası warfarin (coumadin) tedavisi hakkında 100 hastanın bilgi düzeyleri ile ilgili yaptıkları çalışmalarında, eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların daha çok bilgi sahibi olduklarını saptamışlardır (147). Benzer bir sonuca da Eke (2004) yaptığı araştırma sonucunda ulaşmıştır (148). Söz konusu çalışmada da kalp kapağı replasmanı yapılan 80 hastada, eğitim düzeyi arttıkça hastaların sürekli kullanacağı ilacın (coumadin) ismini ve evde yapacağı egzersizleri bilme oranının arttığı belirlenmiştir. Yaman (2008)'ın çalışma sonucuna göre de hastaların öğrenim durumu yükseldikçe bilgi puanlarının yükseldiği görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda; eğitim durumunun hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesinde önemli bir değişken olduğu, düşük eğitim seviyesindeki hastaların daha çok öğrenme gereksiniminde oldukları söylenebilir. Taburculuk eğitimi verirken eğitim düzeyleri dikkate alınmalı, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin daha fazla bilgiye gereksinimi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmamızda hastaların mesleklerine göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; mesleğin öğrenim gereksiniminde etkili olduğu ve hastaların mesleklerine göre öğrenim gereksinimlerinin farklılaştığı saptandı (Tablo 4.9). Buna göre; ev hanımlarının (ortalama= 196.46±21.17) en çok ilaçlar ve cilt bakımı konusunda bilgiye gereksinim duyduğu, memur olan hastaların (ortalama=163.66±18.03) yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar konusunda, serbest meslek sahibi olan hastaların (ortalama= 177.00±17.51) tedavi ve komplikasyonlar konusunda daha az bilgiye gereksinim duyduğu belirlendi. Benzer şekilde, Amanda ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada da herhangi bir işe sahip olan hastaların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (147). Hastaların mesleklerine göre ilgi alanlarının farklılaşabileceği gibi öğrenim gereksinimlerinin de farklılaşabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, köyde yaşayan hastaların (ortalama=201.00±33.03) öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 4.10). Konu ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, hastaların yaşadıkları yerlere ilişkin değişkenler tanımlanırken, çoğunlukla değişken olarak belirlenmediği görülmüştür. Ancak, Yaman (2008) yaptığı çalışmada, hastaların bilgi gereksinimleri ile yaşadıkları yer arasında anlamlı bir farkın olmadığını saptamıştır (146). Araştırma sonuçlarımızın farklılaşmasının nedeninin örneklem grubuna ait diğer özellikler olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda geliri giderden fazla olan hastaların (ortalama=169.40±14.82) öğrenim gereksinimlerinin daha az olduğu ancak aralarında istatistiksel fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.11). Amanda ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada da gelir düzeyi yüksek olan hastaların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (147). Sonuçlar değerlendirildiğinde, gelir düzeyi ile hastaların öğrenim gereksinimleri arasında ters yönlü bir ilişki olduğu ifade edilebilir. Hastaların gelir düzeyleri yükseldikçe öğrenim gereksinimlerinin azaldığı söylenebilir.

Araştırmamızda, geleneksel aile yapısına sahip olan hastaların (ortalama= 186.00±31.39) çekirdek aile yapısına sahip hastalardan (ortalama=183.12±22.25) öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı

olmadığı belirlendi (Tablo 4.12). Toplumumuzda, aile bağlarının güçlü olması nedeniyle, bireylerin birbirleri ile ilgilenme, bilgi edinme ve bilgiyi paylaşma, gereksinim duyduklarında birbirlerine destek olma olasılıklarının çok yüksek olması aile yapıları arasında anlamlı farklılık oluşmamasında etkili olabilir. Ayrıca örneklem grubunun çoğunluğunun (%87,5) çekirdek aile yapısına sahip olmasının da çıkan sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları, hastaların BKİ ile karşılaştırıldığında; aralarında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.13). BKİ yüksek olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin diğerlerine göre daha fazla olduğu belirlendi. BKİ arttıkça öğrenim gereksinimleri de artmaktadır. BKİ'leri yüksek olan hastalara genellikle diyabet, hiperlipidemi ve hipertansiyon da eşlik etmektedir. Bu hastalarda yara iyileşmesi geç ve aktivite intoleransı olduğu için daha fazla öğrenime gereksinim duymuş olabilirler.

Araştırmaya katılan hastalardan sigara kullanmayanların (ortalama= 186.35 ± 23.70) öğrenim gereksinimlerinin sigara kullananlardan (ortalama= 180.75 ± 22.98) daha fazla olmasına rağmen, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 4.15). Yaman'ın (2008) yaptığı çalışmada hastaların bilgi gereksinimleri ile sigara kullanmaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (146). Buradan sigara kullanmanın hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemede etken bir değişken olmadığı söylenebilir.

Hastaların taburculuk eğitimi alma durumuna göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında taburculuk eğitimi almayan hastaların (ortalama= 189.08 ± 21.47) taburculuk eğitimi alanlardan (ortalama= 175.51 ± 23.93) daha fazla öğrenim gereksinimi olduğu belirlendi (Tablo 4.17). Sonuç olarak, taburculuk öncesi eğitim alan hastaların bilgi düzeyleri artmakta ve taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri azalmaktadır.

Özcan (2008) açık kalp ameliyatı yapılan 50 hastaya hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; hastalara taburculuk öncesi planlı bilgilendirme yapılmadan önce ve planlı bilgilendirme yapıldıktan sonra yapılan istatistiksel değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki farkı anlamlı bulmuştur (79).

Yaman'ın (2008) yaptığı araştırmada da taburculuk eğitimi alan deney grubundaki hastaların bilgi düzeylerinin eğitim almayan kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (146).

Cuppress'in (1995) açık kalp ameliyatı olan 40 hastaya verilen planlı sağlık eğitiminin bilgi ve iyileşme üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; eğitim verilen hastaların eğitim verilemeyen hastalara göre, bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (149).

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde; taburculuk öncesi eğitim verilen hastaların daha az öğrenim gereksinimlerinin olduğu görülmektedir. Bu sonuç, taburculuk öncesi verilen eğitimin hastaların, cerrahi işlem sonrası öz bakımlarını sürdürme ve stresle ve olası sorunlarla başa çıkmalarında etkili olabileceği, dolayısı ile taburculuk sonrası iyileşme dönemlerini evde daha rahat ve sorunsuz bir şekilde geçirmelerine yardımcı olacağının göstergesi olarak kabul edilebilir.

Araştırmamızda; hastaların taburculuk eğitimi aldığı kişiye göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; hekimden eğitim alanların (ortalama=182.68±23.46) daha fazla öğrenim gereksinimi olduğu, hem hekim hem hemşireden eğitim alanların (ortalama=159.25±17.93) ise daha az öğrenim gereksinimi olduğu belirlendi (Tablo 4.18). Sonuçlara göre, hem hekimden hem de hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların HÖGÖ toplam puanları düşük, dolayısı ile öğrenim gereksinimleri daha azdır. Aydoğan (2005) ve Nargiz'in (2005)'in çalışma sonuçlarına göre, hastaların tamamının taburculuk eğitimini hekimden aldıkları ve hemşirelerin hasta eğitiminde yeterince yer almadıkları belirlenmiştir (150,151)).

Aygül (2009)'ün 148 kardiyovasküler cerrahi operasyonu geçirmiş hastalar üzerinde yaptığı çalışmada; hastalar, hasta eğitimlerinde en fazla, doktor, hastaya bakan hemşire ve eğitim hemşiresinin rol alması gerektiğini ifade etmiştir. Hastaların yarısından fazlası hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bulmuş, çoğu hemşirelerin ilgisinden memnun kalmış, hemşirelere rahatça soru sorabilmiş ve aldıkları cevapları yeterli bulmuştur (152).

Çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde; hemşirelerin taburculuk eğitiminde yeterince yer almadığı, taburculuk eğitimini genellikle hekimlerin verdiği, ancak hem hekim hem hemşirelerin taburculuk eğitimi vermesinin hekimlerin verdikleri

eğitimden daha etkili olduğu ve hastaların öğrenim gereksinimlerini azalttığı söylenebilir.

Ekip içinde hastayla daha uzun süre birlikte olan ve hastayı yakından takip eden hemşirenin, ekip içi koordinasyonun sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (153). Ancak yapılan araştırmalarda hastalara verilen taburculuk eğitiminin sınırlı bir içerikle ve genellikle doktor tarafından verildiği belirtilmektedir (151,154). Hastaların, hemşireler tarafından bilgilendirilmemiş olması; hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğunu, hemşirelerin ağırlıklı olarak hastaların tedavi ve takipleriyle ilgilendiklerini ve hasta eğitimi konusundaki rollerinin bilincinde olmadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızda; bakım verenin taburculuk eğitimi alma durumuna göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında; bakım verenin taburculuk eğitimi almayan hastaların (ortalama=188.09±20.85) bakım verenin taburculuk eğitimi alan hastalardan (ortalama=174.92±25.65) daha fazla öğrenim gereksinimi olduğu belirlendi (Tablo 4.19). Çıkan sonuç taburculuk eğitiminin hasta ve hastaya bakanlar üzerindeki olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir.

Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, hastaların taburculuğa yönelik yeterince eğitim almadığı, eğitim alan hastaların çoğunlukla hekimler tarafından bilgilendirildiği ve hemşirelerin taburculuk eğitiminde etkin bir rol almadığı görülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

İlk kez KABG ameliyatı olmuş hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerine ilişkin araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdadır:

- Hastalar için en önemli öğrenim gereksinimi yaşam aktiviteleri (ortalama= 37.60 ± 4.93 , önemlilik düzeyi= 4.93) olduğu, en az önemli öğrenim gereksiniminin ise duruma ilişkin duygular (ortalama= 12.66 ± 4.04 , önemlilik düzeyi= 2.53) idi (Tablo 4.4).
- Kadın hastaların toplam ölçek puan ortalamaları (ortalama= 195.68 ± 20.69); erkek hastalardan (ortalama= 180.43 ± 23.13) daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($Z = -2.069$, $p < 0.05$, Tablo 4.6).
- Üniversite mezunu hastaların yaşam aktiviteleri ve cilt bakımı öğrenim gereksinimlerinin okur-yazar, ilköğretim mezunu ve lise mezunu olan hastalardan daha azdı ve aradaki fark anlamlı idi (yaşam aktiviteleri $KW_{x2} = 11.20$, $p < 0.05$; cilt bakımı $KW_{x2} = 8.99$, $p < 0.05$; Tablo 4.8).
- Ev hanımlarının puan ortalamaları (ortalama= 196.46 ± 21.17) diğer meslek gruplarından daha yüksek, memurların ise (ortalama= 163.66 ± 18.03) daha düşüktü ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($KW_{x2} = 15.21$, $p < 0.01$, Tablo 4.9).
- Köyde yaşayan hastaların öğrenim gereksinimleri il ve ilçede yaşayan hastalardan daha yüksekti ve aradaki fark anlamlı idi ($KW_{x2} = 6.60$, $p < 0.05$, Tablo 4.10).
- Geliri giderden fazla olan hastaların tedavi ve komplikasyonlar ile ilgili öğrenim gereksinimleri daha düşüktü fakat aradaki fark anlamlı değildi ($KW_{x2} = 5.83$, $p > 0.05$, Tablo 4.11).
- Hastaların HÖGÖ toplam puanları, alt ölçeklerden toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi puanları ile BKİ değerleri arasında olumlu yönde anlamlı ilişki vardı ($p < 0.05$, Tablo 4.13). BKİ değerleri yüksek olan hastaların öğrenim gereksinim puanları da yüksekti.

- Hastaların öğrenim gereksinimleri ile hastanede yattığı gece sayısı arasında anlamlı ilişki yoktu.
- Taburculuk eğitimi almayan hastaların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımına ilişkin öğrenim gereksinimlerinin taburculuk eğitimi alan hastalardan daha fazla olduğu saptandı ($t=-2.654$, $p<0.01$, Tablo 4.17). Hem hekim hem de hemşireden eğitim alan hastaların öğrenim gereksinimleri diğer gruplardan daha düşüktü.
- Bakım verenin taburculuk eğitimi almayan hastaların yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, cilt bakımına ilişkin öğrenim gereksinimlerinin, bakım verenin taburculuk eğitimi alan hastalardan daha fazla ve aradaki fark anlamlı idi ($Z=-2.316$, $p<0.05$, Tablo 4.19).

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

- KABG ameliyatı olan hastaların ve hastalara bakım verenlerin öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda taburculuk sonrası eğitim gereksinimlerinin karşılanması amacıyla planlı hasta ve aile eğitiminin yapılması;
- Taburculuk eğitimi planlanırken, bireysel özelliklerin dikkate alınması, özellikle köyde yaşayanlara, ev hanımlarına, eğitim düzeyi düşük hastalara daha etkin eğitim programlarının düzenlenmesi;
- Hemşirelerin KABG ameliyatı sonrası taburculuk planlaması ve hasta eğitiminde aktif rol üstlenmeye yönelik çaba göstermesi;
- Kurumlarda, nitelikli sağlık hizmetinin önemli bir göstergesi olan taburculuk planlaması ve hasta eğitiminin farklı eğitim yöntemleri ve materyallerle planlı olarak yapılması ve hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline getirilmesi;
- Benzer çalışmaların farklı kurumlarda ve daha fazla sayıda hasta üzerinde yapılması, önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Vural, F. (2006). **Koroner Arter Bypass Greft Uygulamasında Düşleme Ve Müziğin İyileşme Sürecine Etkisi**. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
2. Erçin, Ö. (2006). **Koroner Arter Bypass Greft Uygulamasından Sonra Erken ve Geç Yatak Banyosunun Miks Venöz Oksijen Saturasyon Düzeyine Etkisi**. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
3. Aydın Ç.F. (2000). **Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadıkları Güçlükler**. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
4. Bare, B., Smeltzer, C.S. (2004). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*, (10 th Edition). USA: Mosby Company.
5. Erdil, F., Özhan E.N. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. (4.bs.). Ankara: Aydoğdu Ofset.
6. Goodman, H. (1997). Patients Perceptions of Their Education Needs in The First Six Weeks Following Discharge After Cardiac Surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 25,1241-1251.
7. Moore, S. (1996). The Effect of A Discharge Information Intervention on Recovery Outcomes Following Coronary Artery Bypass Surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2),181-189.
8. Jickling J.L, Graydon J.E. (1997). The Information Needs at Time of Hospital Discharge of Male and Female Patients Who Have Undergone Coronary Artery Bypass Grafting: A Pilot Study. *Heart & Lung*, 26, 350-357.
9. Lithner, M., Zilling, T. (2000). Pre- and Postoperative Information Needs. *Patient and Education and Counseling*, 40, 29-37.
10. Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., Palleschi, M.T., Burns, J., Bednarski, D., Garretson, B. (2006). Discharge

Information Needs of Patients After Surgery. *Journal of Wound Care*, 33, 281-291.

11. Hatipoğlu F.S. (1995). *Koroner By-pass Ameliyatında Hastaları Etkileyen Stresörler ve Yaşam Kalitesi Değişimleri*, Ankara.
12. Cebeci, F., Çelik, S.Ş., (2008). Discharge Training and Counselling Increase Self-Care Ability and Reduce Postdischarge Problems in CABG Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 412–420.
13. Gültekin, G., Özbayır, T. (2002). Koroner By-pass Ameliyatı Olan Hastalara Taburcu Olmadan Önce Verilen Eğitimin Etkinliğinin Karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi- Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, 15-19 Mayıs 2002-Antalya: (s.309-317). Ritm Matbaa.
14. Yardakçı, R., Akyolcu, N. (2004). Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 7-14.
15. Karazeybek, E.A., Özbayır, T. (2005). Histerektomi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21 (2), 1-11.
16. Uzun, Ö. (2000). Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3, 36-45.
17. Heper, C. (2005). *Multidisipliner Kardiyoloji*. Ankara: Nobel ve Güneş Tıp Yayınevi.
18. Paç, M. (2004). *Kalp-Damar Cerrahisi*. Ankara: MN Medikal ve Nobel Yayınevi.
19. The National Heart, Lung, and Blood Institute (2010). ‘What is Coronary Artery Bypass Grafting?’ Web adresi:
www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/.../cabg_what.html Erişim Tarihi:
 11.03.2011.
20. Esin, N., Bulbuk, S. (2005). Koroner Arter Hastalığında Risk Tanılama: Birinci Basamak Uygulama Örneği. *Hemşirelik Forumu*. Temmuz-Ağustos, 4, 40-45.

21. Kattainen, E., Sintonen, H. (2005). Sense of Coherence And Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting Or Angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4: 3-8.
22. K lt rsoy, H. (2001). *Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma*. İstanbul: Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret.
23.  nsar, S., Durna, Z., Süt, N. (2004). Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Sağlık Eğitiminde Hemşirenin Rolü. *Hemşirelik Forumu*. Mart-Nisan, 2, 27-41.
24. Onat, A., Sansoy, V. (2003). *Oniki Yıllık İzleme Deneyimine Göre, Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı*. İstanbul: Argos.
25. McHugh, F., Lindsay, G.M., Hanlon, P. (2001). Nurse Led Shared Care For Patients on The Waiting List For Coronary Artery Bypass Surgery: A Randomised Controlled Trial. *Heart* ,86, 317-23.
26. Mallik, S., Krumholz, H.M., Lin, Z.Q., Kasl, S.V., Mattera, J.A., Roumain, S.A., Vaccarino, V. (2005). Patient With Depressive Symptoms Have Lower Health Status Benefits After Coronary Artery Bypass Surgery. *Circulation*, 111, 271-277.
27. Krau, S.D., Ward, K.S., Parsons, L.C., (2001). Living The Healthy Heart Path Critical Care. *Nursing Clinics of North America*, 13, 389-397.
28. Leitch, J.W., Thomson, D., Baird, D.K., Haris, P.J. (1999). The Importance of Age as A Predictor of Atrial Fibrillation And Flutter After Coronary Artery Bypass Grafting. *The Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery* ,100,338.
29. Koroner Kalp Hastalıklarından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Rehber (2002) Web adresi: www.tkd.org.tr (Erişme tarihi: 02.10.2010).
30. Onat, A. (2004). Ulusal Kalp Sağlığı Politikası ve Kalp Damar Hastalıklarından Korunma Stratejileri. *Türk Kardiyoloji Dern Arş*, 32, 596-602.
31.  obanoğlu, A., İşbir, S. (2004). *Koroner Arter Bypass Cerrahisi*: M. Pa , A. Akçevin, S.A. Aka, S. Büket, T. Sarıoğlu (Ed.). Kalp ve Damar Cerrahisi (s. 657-667). Ankara: Medikal&Nobel.

32. Seifert. P.C. (2007). Alexander's Care of The Patient in Surgery. J.C. Rothrock, D.R. McEwen. (Ed.). Cardiac Surgery (s. 971-1019). USA: Mosby.
33. Türk Kardiyoloji Derneği. (2007). *Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu*. (2.bs.). Türk Kardiyoloji Derneği.
34. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Web adresi: www.tkd-online.org/UKSP/UKSP_Bolum05.pdf (Erişme tarihi: 22.01.2011).
35. Avcı, G. ECP ile Doğal Bypass Web adresi: www.dogalbypass.com (Erişme tarihi: 13.12.2010).
36. Black, M.J., Hawks H.J., Keene M.A. (2001). *Medical Surgical Nursing-Clinical Management for Positive Outcomes* (6th edition.). Philadelphia: W.B Saunders Company, Volume:2, chapter 56.
37. Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi. Web adresi: www.kvc.hacettepe.edu.tr/pdf/ekc007.pdf (Erişme tarihi: 04.02.2011).
38. Söylemez, E. (2005). **Koroner Baypass Cerrahisinde Magnezyum Eklenmiş Kan Kardiyoplejisinin Etkileri**. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
39. Büket, S., Enögin, Ç., Uç, H. (2004). *Kardiyopulmoner Bypass*. M. Paç, A. Akçevin, S.A. Aka, S. Büket, T. Sarioğlu. (Ed.). Kalp ve Damar Cerrahisi. (s. 115-151). Ankara: Medikal&Nobel.
40. Duran, E. (2005). *Dünyada Kalp Damar Cerrahisinin Tarihçesi*. E. Duran (Ed.). Kalp Damar Cerrahisi (2.bs.). (s. 3-8). İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi.
41. Ener, S. (2004). *Çalışan Kalpte Koroner Cerrahisi*. M. Paç, A. Akçevin, S.A. Aka, S. Büket, T. Sarioğlu. (Ed.). Kalp ve Damar Cerrahisi. (s.713-737). Ankara: Medikal&Nobel.
42. Tokcan, A., Yalınız, H. (2004). *Türkiye'de Kalp Cerrahisinin Tarihçesi*. E. Duran (Ed.). Kalp Damar Cerrahisi (2.bs.). (s. 13-20). İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi.

43. Aytaç, A. (1991). Dünyada ve Türkiye’de Kalp Cerrahisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 1(1), 8-12.
44. Aupart, M., Neville, P., Tahir, A., Axelrout, S., May, M.A., Sacher, A. (2003). Indications of Coronary Artery Bypass Graft in 2003, *Journal of Cardiovascular Surgery*, 44, 313-318.
45. Workman M.L., Ignatavicius, D.D. (2001). *Medical Surgical Nursing- Critical Thinking for Collaborative Care* (4th edition). Philadelphia: W:B Saunders Company, Chapter 38.
46. Zorlutuna, Y. (2004). *Koroner Revaskülarizasyonda Cerrahi Endikasyonlar*. M. Paç, A. Akçevin, S.A. Aka, S. Büket, T. Sarıoğlu. (Ed.). Kalp ve Damar Cerrahisi. (s.645-655). Ankara: Medikal&Nobel.
47. Duhaylongsod, F.G. (2000). Minimally Invasive Cardiac Surgery Defined. *Archives Surgery*, 35(1), 296-301.
48. Sarıbülbül, O. (2005). *Açık Kalp Makinası Ekstrakorporeal Dolaşım*. E. Duran (Ed.). Kalp Damar Cerrahisi (2.bs.). (s.1047-1068). İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi.
49. Abrahamov, D., Bhatnagar, G., Goldman, B. (2006). *Cerrahi Ne Zaman Endikedir?*. P.R. Soltoski, H.L. Karamaoukian, T.A. Salerno. (Ed.). *Kalp Cerrahisi Sırları*. (V. Erentug, A. Polat, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
50. Kaya, F.N., Gören, S., Şahin, S., Kofralı, G., Canbulat, A. (2005). Çarpan Kalpte Koroner Arter Bypass Cerrahisinde Farklı Anestezik İlaç Kombinasyonlarının Karşılaştırılması: Hemodinami, Oksijenasyon ve Derlenme Profiline Etkileri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 31(1), 45-52.
51. Yapıcı, D., Altunkan, Z.Ö., Atıcı, S., Birtay, T., Sezer, C., Altunkan, A.A., Dikmengil, M., Oral, U. (2004). Koroner Arter Bypass Cerrahisinde Erken Ekstübasyon ve Reanimasyonda Kalış Süresine Etki Eden Faktörler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1, 1-7.
52. Kunt, A.S., Darcin, O.T., Andac, M.H. (2005). Coronary Artery Bypass Surgery in Highrisk Patients. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, 6,13.

53. Townsend, C.M., (2001). *Textbook of surgery*. Philadelphia: WB Saunders Company.
54. Wynne, R., Botti, M. (2004). Postoperative Pulmonary Dysfunction in Adults After Cardiac Surgery With Cardiopulmonary Bypass: Clinical Significance And Implication For Practice. *American Journal of Critical Care*, 13, 384-393.
55. Martin G.C., Turkelson S.L. (2006). Nursing Care of the Patient Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 109-117.
56. Sellke, W.F., Nido, P.J., Swanson, S.J. (2005). *Sabiston and Spencer Surgery of the Chest* (7th Edition). USA: Saunders.
57. Sayek, İ. (1996). *Temel cerrahi*. (3.bs.). Ankara: Güneş Kitabevi.
58. Martin, L.M., Halpin, L.S., Barnett, S.D., Speir, A.M., Hunt, S.L., Mukherjee, N., Ad, N. (2008). The Association Between Early Outcome, Health-Related Quality of Life, and Survival Following Elective Open-Heart Surgery, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(5), 432-442.
59. Bakalım, T. (2005). *Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar*. E. Duran (Ed.). Kalp Damar Cerrahisi (2.bs.). (s.1151-1162). İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi.
60. Erkuş, B. Kalp Cerrahisi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. *Acıbadem Hemşirelik e-Dergi*, Sayı 25, 2010. Web Adresi: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/>, erişim tarihi: 27.05.2011.
61. Fisher, B., Majumbar, S., Mcalister, F. (2002). Predicting Pulmonary Complications After Nontoracic Surgery: Asystemic Review of Blinded Studies. *The American Journal of Medicine*, 112, 219-225.
62. Hulzebos, E., Meeteren, N., Bie, R. (2003). Prediction of Postoperative Pulmonary Complications on The Basis of Preoperative Risk Factors in Patients Who Had Undergone Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Physical Therapy*, 83, 8- 16.

63. Mueller, X., Tinguely, F., Tevaeari H. (2000). Pain Location, Distribution, And Intensity After Cardiac Surgery. *Chest*, 118, 391-396.
64. Watt-Watson J., Stevens B., Katz J., Costello J., Reid G. J., David T. (2004). Impact of Perioperative Education on Pain Outcomes After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Pain*, 109, 73-85.
65. Lahtinen, P., Kokki, H., Hynynen, M. (2006). Pain After Cardiac Surgery. *Anesthesiology*, 105(4), 794-800.
66. Meyerson, J., Thelin, S., Gordh, T., Karlsten, R. (2001). The Incidence of Chronic Post-Sternotomy Pain After Cardiac Surgery-A Prospective Study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45, 940-944.
67. Johnson, K. (2000). Use of Telephone Follow-up For Post-cardiac Surgery Patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 144-150.
68. Pashkow, F., Dafoe, W. (1999). *Clinical Cardiac Rehabilitation: A Cardiologist's Guide* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
69. Theobald, K., McMurray, A. (2004). Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Discharge Planning For Successful Recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (5), 483-491.
70. Coşkun, H., Akbayrak, N. (2001). Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2), 63-68.
71. Wilson, M.F. (2006). *Kalp Cerrahisi Sırları* (V. Erentug, A. Polat Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. (2006).
72. Baird, C. L., Sands, L. (2004). A Pilot Study of The Effectiveness of Guided Imagery With Progressive Muscle Relaxation to Reduce Chronic Pain And Mobility Difficulties of Osteoarthritis. *Pain Management Nursing*, 5 (3), 97-104.
73. Öztekin, D. (2002). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. *Haydarpaşa Kardioloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Bülteni*, 10(2), 109- 119.

74. Duran, E. (2004). *Hasta Bilgilendirme Kitapçığı*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı.
75. Karakula, S. (2010). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi A.B.D. Servisinde Yatan Hastalara, Ameliyattan 10 Gün Önce ve 24 Saat Öncesi Verilen Bilgilendirici Hemşirelik Eğitiminin, Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluk-Sürekli Anksiyete Düzeylerine Etkisinin Saptanması. www.hemhiz.med.ege.edu.tr/Image/documents/c22.doc Erişim tarihi: 03.04.2011.
76. Voss, J.A., Good, M., Yates, B., Baun, M.M., Thompson, A., ve Hertzog, M. (2004). Sedative Music Reduces Anxiety And Pain During Chair Rest After Open-Heart Surgery. *Pain*, 112, 197-203.
77. Sabuncu, N., Alpar, Ş.E., Özdiilli, K., Batmaz, M., Bahçecik, N., Özhan, F., Dursun, S. (2008). *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Ankara: Alter Yayıncılık Rek. Org.Tic. Ltd. Şti.
78. Yaban, Z.Ş. (2006). **Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Deneyimleri**. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
79. Özcan, H. (2008). **Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları**. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
80. Akay, M. (2005). Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Hemşirelik Bakımı ve Taburculuk Eğitimi. *Yeni Sağlık ve Tedavi Dergisi*, 1 (4).
81. Annesi, SM., Bautch, J.C, Brunn, J.A.B., Byers, J.F., Gab, K.C., Casey, P.E. (2006). *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing* (10th Ed.). Philadelphia: Lippincottwilliams&Wilkins.
82. Yıldız, A. Evde Bakım Hizmetlerinde Taburculuk Planlama Hasta ve Aile Eğitimi Web adresi:
www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/hasta_ve_aile_egitimi. (Erişme tarihi: 20.05.2009).

83. Çifçi, E.S., Yılmaz, M. (2010). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(3), 183-189.
84. Uzun, Ö., Özer, N., Akyıl, R. (2002). Bazı Cerrahi Kliniklerde ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri, *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34, 39-45.
85. Elitoğ, N., Erkuş, B. CABG Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Taburculuk Sonrası En Sık Yaşadıkları Problemlerin Tanımlanması. *Acıbadem Hemşirelik e-Dergi*, Sayı 25, 2010. Web Adresi: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/>, erişim tarihi: 27.05.2011.
86. Erkuş, Bç., Menteş, D. Kalp Cerrahisi Sonrası Taburculuk Eğitimi. *Acıbadem Hemşirelik e-Dergi*, Sayı 25, 2010. Web Adresi: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/>, erişim tarihi: 27.05.2011.
87. Fredericks, S., Sidani, S. (2008). An Exploration of The Relationship Between Coronary Artery Bypass Graft Patients' Self-Sought Educational Resources and Outcomes, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(5), 422-435.
88. Us, M. Koroner Kalp Hastalığı, By-Pass Taburcu Olduktan Sonra Dikkat Edilmesi Gerekenler. Web adresi: <http://www.melihus.com>, Erişim tarihi: 22.04.2009.
89. Henderson, A., Zernike, W. (2001). A Study of Impact of Discharge Information For Surgical Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 435-441.
90. Öztekin, D., Akyolcu, N. (2003). Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Bypass Sonrası Hemşirelik Bakımı ve Hasta Eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 7(2), 88-95.
91. Florence Nightingale Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Bölümü, Kalp ve Damar Cerrahisi Bilgilendirme Kitapçığı, 2005.
92. Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Rehberi, 2004.

93. Varış, F. (1998). *Eğitim Bilimine Giriş*. İstanbul: Alkım Yayınları.
94. Sönmez, V. (2005). *Program Geliştirmede Öğretmen El Kitabı*. (12.b.s.). Ankara: Anı Yayıncılık.
95. Türk Dil Kurumu. (2005). *Türkçe Sözlük*. (10.b.s.). Ankara: Türk Dil Kurumu.
96. Özer, C., Şahin, E. M., Dağdeviren, N., Aktürk, Z. (2002). Birinci Basamakta Hasta Eğitimi. *Sted*, 11 (1), 11.
97. Yıldırım, A. (1998). **Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması**. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
98. Ertürk, S. (1994). *Eğitimde Program Geliştirme*. Ankara: Meteksan A.Ş.
99. Kaya, H., ve Akçin, E. (2002). Öğrenme Biçimleri / Stilleri ve Hemşirelik Eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2), 31-35.
100. Fidan, N., Erden, M. (1998). *Eğitime Giriş*. Ankara : Alkım Yayınları.
101. Aydın, A. (2003). *Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi*. Bursa: Alfa Yayınları.
102. Alkan, C. Öğrenme ve Öğretme Süreçleri İlkeler. Web adresi: www.dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/518/6483.pdf (Erişme tarihi: 18.05.2011).
103. Özden, Y. (2005). *Öğrenme ve Öğretme* (7.bs). Ankara: Pegema Yayıncılık.
104. Bozdoğan, Z. (2006). *Etkili Öğretmen Olabilmek*. Ankara: Eğitimsen Yayınları.
105. Erden, M., Akman, Y., (2001) *Gelişim ve Öğrenme* Ankara: Arkadaş Yayınları.
106. Sözbilir, M. İnsan nasıl öğrenir? Web Adresi: M SÖZBİLİR - 2009 fbe.atauni.edu.tr. Erişim Tarihi: 05.05.2011.
107. Uzunöz, A. (2004). *Öğrenme*. (E. Özkalp Ed). Davranış Bilimlerine Giriş. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

108. Alpan, G. (2008). Görsel Okuryazarlık Ve Öğretim Teknolojisi, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5 (2), 74-102.
109. Çalışkan, F. (2009). Profesyonel Hemşirelik Eğitimi Felsefesinin İncelenmesi. Web adresi: <http://figentug.blogcu.com/profesyonel-hemsirelik-egitimi-felsefesinin-incelenmesi/6314772>. Erişim tarihi:02.02.2011.
110. Çapri, B., Çelikkaleli, Ö. (2005). İlköğretim Birinci Kademedeki (7-11 Yaş Grubu) Çocukların Korunum Gelişim Düzeylerinin Cinsiyet ve Sınıf Değişkeni Açısından İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48-65.
111. Gültekin, M., Karadağ, R. ve Yılmaz, F. (2007). Yapılandırmacılık ve Öğretim Uygulamalarına Yansımaları. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7 (2), 503- 528.
112. Subaşı, G. (1999). Bilişsel Öğrenme Yaklaşımı Bilgiyi İşleme Kuramı. *Mesleki Eğitim Dergisi*, 1 (2), 27-36.
113. Tay, B. (2004). Sosyal Bilgiler Dersinde Anlamlandırma Stratejilerinin Yeri Ve Önemi. *Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi*, 5(2), 1-12.
114. Özkan, S. (2003). *Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü*: I. Ulusal ve Uluslararası & V Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi: 19-22 Eylül 2001, Kapodokya, Türkiye.(s.275-280) İstanbul: Bilmedya Grup.
115. Olgun, N., Ulupınar, S. (2004). *Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi*. Diyabet Forumu, 1 (1-2), 57.
116. Özden, M. (2003). *Sağlık Eğitimi Ders Kitabı* (2.bs.). Ankara: PozitifTasarım Yayıncılık. Feryal Matbaası.
117. Ethics, Rights and Responsibilities. Joint Commision on Accredition of Healthcare Organization. Web adresi:: www.jcaho.org. Erişim Tarihi; 15.01.2008.
118. Taşocak, G. (2003). *Hasta Eğitimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayımevi.
119. *Hasta Hakları Yönetmeliği*. T.C. Resmi Gazete, 8 Ocak 1998, sayı: 23420.

120. Birol, L. (2004). *Hemşirelik Süreci*. (6. bs.). İzmir: Etki Matbaacılık.
121. Bayat, M. (2005). Öğretim Süreci ve Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi, Hemşirelik Özel Sayısı*, 66-72.
122. Akçin, E. (2000). **Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitimine Yönelik Etkinlikler**. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
123. Alcan, Z. (2001). *Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*. İstanbul: Dizgi Basım Anadolu Matbaası.
124. Atalay, M., Alpar, Ş., Çakırcalı, E. (1997). *Hemşirelik Esasları El Kitabı*. İstanbul: Vehbi koç yayınları. Birlik Ofset Matbaacılık Ltd. Şt.
125. Taymaz, H. (1997). *Hizmetiçi Eğitim*. (3.bs.). Ankara: TAKAV Tapu ve Kadastro Vakfı Matbaası.
126. Hesapçıoğlu, M. (1988). *Öğretim İlke ve Yöntemleri*. İstanbul: Beta Yayınları.
127. Wingard, R. (2005). Patient Education And The Nursing Process: Meeting The Patient's Needs. *Nephrology Nursing Journal*, 32 (2), 211.
128. Tekin, H. (2000). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara:Yargı Yayınevi.
129. Uyer, G. (1992). *Hemşirelikte Klinik Öğretim*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
130. Chesnick, K.E. (1992). **Information Needs of Coronary Artery Bypass Surgery Patients at Hospital Discharge: A Comparison Between Older and Younger Patients**. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing, in The University of Toronto,Canada.
131. Çavuş, D. (2008). **Kanser Hastalarının Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmelerinin Belirlenmesi**. Yüksek Lisans Tezi , Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
132. Çifçi, E. (2006). **Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
133. Dilek, F. (2008). **Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

134. Güneş, P. (2001). **Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi.** Yüksek Lisans Tezi Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
135. Bubela, N. (1990). The Patient Learning Needs Scale: Reliability and Validity. *Journal Advanced Nursing*, 15, 1181-1187.
136. Çatal, E., Dicle, A. (2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(1), 19-32.
137. Özel, S. (2010). **Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi.** Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
138. Carew, D. (1999). **Discharge Information Needs of Outpatient Cardiac Catheterization Patients.** University of Toronto, Master of Science Graduate Department of Nursing Science, Canada.
139. Jacobs, V. (2000). Informational Needs of Surgical Patients Following Discharge. *Applied Nursing Research*, 13(1), 12-18.
140. Rich-vanderBij, L.P. (1999). **The Discharge Information Needs of Adults With Incisions Healing by Secondary Intention.** University of Toronto, Graduate Department of Nursing Science, Toronto.
141. MacKinaw, R.M.P., Morrow, S.R., Whiteley, M.H., Wilson, P.R. (1997). The Health Education Needs of Veteran Patients, *Journal American Dietetic Association*, 158:157.
142. Taşdemir, N., Güloğlu, S., Turan, Y., Çataltepe, T., Özbayır, T. (2009). Nöroşirurji Hastalarının Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi 5. Nöroşirurji Hemşireliği Kongresi Sözlü Sunum, Kıbrıs.
143. Şendir, M., Büyükyılmaz, F., Muşovi, D. (2009). Information Needs Before Hospital Discharge of Hip and Knee Arthroplasty Patients, 11th Congress Efort European Federation of Natinoal Associations of Orthopaedics and Traumatology, Presentation, Madrid, Spain 2-5 June 2010.

144. Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A., Valimaki, M. (2005). Patients' Informational Needs and Information Needs and Information Received Do Not Correspond in Hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14,1167-1176.
145. Yalın, H. (1995). **Koroner Arter Hastalığı (KAH) Tanısı Konmuş Hastalara KAH ve Risk Faktörleri İle İlgili Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi.** Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
146. Yaman, Y. (2008). **Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi.** Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
147. Hu, A., Chow, D.M., Dao, D., Errett, L., Keith, M. (2006). Factors Influencing Patient Knowledge of Warfarin Therapy After Mechanical Heart Valve Replacement. *Jun*, 21(3), 169-75.
148. Eke, P. (2004). **Kalp Kapağı Ameliyatı Olan Hastaların Bakımlarına İlişkin Bilgileri.** Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
149. Cupples, S.A. (1991). Effects Of Timing and Reinforcement of Pre-Operative Education on Knowledge and Recovery of Patients Having Coronary Artery Graft Surgery. *Heart Lung*, 20, 654–660.
150. Aydoğan, N. (2005). **Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri.** Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
151. Nargiz, S. (2005). **Perkutan Nefrolitotomi Sonrası Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri.** Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
152. Aygül, N. (2009). **Hastaların Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Görüşleri.** Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. İstanbul.
153. Ercan, E. (2006). **Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri.** Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- 154. Çetin, Z. (2004). Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme ve Komplikasyon Gelişme Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.**

EKLER

Ek-1-Hasta Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma koroner arter by-pass greft ameliyatı geçirmiş hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Anket No:

Yatış Tarihi:.....

Ameliyat Tarihi:.....

Taburculuk Tarihi:.....

1) Yaşınız?.....

2) Cinsiyetiniz nedir?

1-Kadın 2-Erkek

3) Medeni durumunuz nedir?

1-Evli 2-Bekar 3-Dul / Boşanmış

4) Eğitim durumunuz nedir?

1- Okur-yazar değil 2- Okur-yazar 3-İlköğretim Mezunu
4-Lise Mezunu 5-Üniversite Mezunu

5) Mesleğiniz nedir?

1-Memur 2-Emekli 3-İşçi 4-Ev Hanımı
5-Serbest 6-Çiftçi 7-Çalışmıyor
8-Diğer (Açıklayınız.....)

6) Nerede yaşıyorsunuz?

1-İl merkezinde 2-İlçede 3-Köyde

7) Ekonomik durumunuz nedir? (yıllık ortalama gelir.....TL)

1-Gelir giderden az 2-Gelir gidere eşit 3-Gelir giderden fazla

8) Sosyal güvenceniz var mı?

1-Var 2-Yok

9) Boyunuz=.....cm

Kilonuz=.....kg

10) Ek hastalığınız var mı?

1. Evet 2- Hayır (Yanıtınız ‘hayır’ ise 12. soruya geçiniz)

11) Ek hastalığınız nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1-Şeker hastalığı
- 2-Hipertansiyon
- 3-Böbrek hastalığı
- 4-Astım
- 5-Diğer (Açıklayınız.....)

12) Sigara kullanıyor musunuz?

- 1-Evet
- 2-Hayır (cevabınız 'hayır' ise 14. soruya geçiniz)

13) Günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz / içiyordunuz?

- (1) 1-5 adet
- (2) 6-10 adet
- (3) 11-15 adet
- (4) 16-20 adet
- (5) 1 paketten fazla

14) Evde kiminle yaşıyorsunuz?

- 1-Yalnız yaşıyorum.
- 2-Eşimle yaşıyorum.
- 3-Çocuklarımla yaşıyorum.
- 4-Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum.
- 5- Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyükleri, ikinci derece akraba)
- 6-Diğer (Açıklayınız.....)

15) Evde size bakım verecek biri var mı?

- 1-Var (var ise kim/kimler.....)
- 2-Yok

16) Evde bakıma yönelik taburculuk eğitimi aldınız mı?

- 1-Evet
- 2-Hayır (yanıtınız 'hayır' ise 18. soruya geçiniz)

17) Bu taburculuk eğitimini kimden / kimlerden aldınız?

- 1-Doktor
- 2-Hemşire
- 3-Diyetisyen
- 4-Diğer (Açıklayınız.....)

18) Aileniz ya da size bakım veren kişiler taburculuk eğitimi aldı mı?

- 1-Evet
- 2-Hayır

Ek-2- HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ (HÖGÖ)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)

Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.

1= önemli değil,
2= biraz önemli,
3= ne az ne çok önemli,
4= çok önemli,
5= son derece önemli.

MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunu olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5

23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

Ek-3- İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU KARARI



Toplantı Tarihi : 14/04/2009
Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA
Araştırmanın Protokol No.su : 2009/23

“Koroner Arter Bypass Graft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın; araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve 10.madde gereği sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına karar verildi.

Prof..Dr. Ayşe KAFKASLI Başkan	Prof. Dr. Ünsal ÖZGEN Üye	Prof. Dr. Meltem SERİN Üye
Doç.Dr.Tamer BAYSAL Üye	Doç.Dr.Rıfat KARLIDAĞ Üye	Doç. Dr.S.Hale KIRIMLIOĞLU Üye
Yrd.Doç.Dr. Mustafa IRAZ Raportör	Yrd.Doç.Dr.Arzu KARAKURT Üye	Yrd.Doç.Dr.Ahmet ÇİĞLİ Üye
Yrd.Doç.Dr. Alaadin POLAT Üye		

Ek-4-Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp Damar Cerrahi Anabilim Dalı izni

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  **TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ**
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 02.09.00/10
Konu : Araştırma İzni

16 / 02 / 2009

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İLGİ: 11.02.2009 tarih ve 968 sayılı yazınız;

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşirliği Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Gülsen DEMİRKIRAN'ın "Kroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi." konulu tez çalışması Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda yapması uygun görülmüştür;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ramazan ÖZDEMİR
Kalp ve Damar Cerrahisi AD. Başkanı V.




265/1137 16.02.09

**Ek-5- Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Türkçe Formu kullanma izni
(Ölçeği Türkçe'ye Uyarlayan Emine ÇATAL' dan Alınan İzin Belgesi)**

Sayın Gülsen Demirkıran,

Türkçe'ye uyarladığımız "**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**"ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

"**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**"nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu belirtmek isteriz. Ölçeğe ilişkin bilgiler ekteki word dosyasında yer almaktadır. Çalışmanızda başarılar dileriz.

Emine ÇATAL

(Danışmanım Yard. Doç. Aklime Dicle'nin de onayıyla)

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Elazığ 'da doğan Gülsen Demirkıran İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 2008 yılında mezun olmuştur.

2008 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda lisansüstü eğitime başlamıştır.

2008 yılında özel bir diyaliz merkezinde göreve başlamış ve 2 ay çalışmıştır.

2009'dan itibaren Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır.

E-Posta Adresi: gulsendemirkiran@yahoo.com